

LOTTO N. 5

**CAPITOLATO DI POLIZZA
INFORTUNI CUMULATIVA**

La presente polizza è stipulata tra

CAMERA DI COMMERCIO, INDUSTRIA, ARTIGIANATO, AGRICOLTURA DI ROMA
Via de' Burrò, 147
00186 ROMA
P.IVA 80099790588

e

Società Assicuratrice
Agenzia di

Durata del contratto

Dalle ore 24.00 del:	31/12/2012
Alle ore 24.00 del:	31/12/2014

SEZIONE 1 - DEFINIZIONI

Art.1 – Definizioni

Ai seguenti termini, le Parti attribuiscono il significato qui precisato.

Assicurazione:	Il contratto di assicurazione;
Polizza:	Il documento che prova l'assicurazione;
Contraente:	Il soggetto che stipula l'assicurazione riportato nel frontespizio della presente polizza;
Assicurato:	La persona fisica il cui interesse è protetto dall'assicurazione
Beneficiario:	In caso di morte gli eredi legittimi o testamentari, in tutti gli altri casi l'assicurato stesso.
Società:	L'impresa assicuratrice nonché le eventuali coassicuratrici;
Broker:	La Aon S.p.A. quale mandataria incaricata dal Contraente della gestione ed esecuzione del contratto, riconosciuto dalla Società nonché dalle coassicuratrici
Premio:	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
Rischio:	La probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.
Sinistro:	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
Indennizzo:	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Franchigia:	La parte di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.
Scoperto:	La parte percentuale di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.
Annualità assicurativa o periodo assicurativo:	Il periodo pari o inferiore a 12 mesi compreso tra la data di effetto e la data di scadenza o di cessazione dell'assicurazione.
Infortunio:	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte e/o una invalidità.
Invalità permanente:	La diminuita capacità o la perdita definitiva ed irrimediabile della capacità generica ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato.
Inabilità temporanea:	La perdita temporanea, in misura parziale o totale, della capacità dell'Assicurato ad attendere alle proprie occupazioni professionali.
Veicolo	Autoveicoli, ciclomotori, motoveicoli, macchine agricole, macchine operatrici, compresi autoveicoli per trasporti specifici, autoveicoli per uso speciale e veicoli elettrici.
Malattia	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio
Istituto di cura	L'ospedale pubblico, la clinica, la casa di cura sia accreditati presso il Servizio Sanitario Nazionali che privati, legalmente riconosciuti e regolarmente autorizzati al ricovero dei malati, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno.
Ricovero	La degenza in Istituto di cura che comporti almeno un pernottamento.

Art. 2 – Rischi Assicurati - Identificazione degli Assicurati

La presente polizza viene stipulata per tutte le categorie di seguito indicate ed identificate alla Sezione 6 della presente polizza, per le quali il Contraente ha l'obbligo od interesse ad attivare la copertura assicurativa e vale esclusivamente per:

CAT. A) = AMMINISTRATORI CAMERALI: la garanzia si intende prestata per gli infortuni verificatisi in occasione dell'espletamento di tutte le attività e funzioni connesse alla carica, ovvero sia durante la partecipazione alle riunioni della Giunta e del Consiglio della Camera di Commercio, e comunque nello svolgimento di ogni incarico inerente l'espletamento del mandato da essi ricoperto, ivi comprese quelle esercitate in enti o società collegate e/o controllate e/o partecipate dal Contraente.

E' incluso il "rischio in itinere" nonché tutti gli spostamenti necessari all'espletamento degli incarichi loro assegnati, con utilizzo di mezzi di locomozione privati, pubblici o di servizio non esclusi dalla presente polizza.

Si precisa che restano esclusi dalla garanzia gli infortuni verificatisi nell'espletamento dell'attività professionale privata di ciascun assicurato e quelli relativi a qualsiasi attività extraprofessionale comunque non collegata alla carica.

Gli appartenenti alla presente categoria hanno qualifica di Presidente, Vice Presidente, Membri della Giunta, Consiglieri, Revisori dei Conti.

CAT. B) = DIRIGENTE Area IX (rischi professionali): la garanzia si intende prestata per gli infortuni verificatisi nell'esercizio delle attività professionali principali e secondarie dichiarate dal Contraente, compresi quelli avvenuti in occasione dell'accesso a cantieri e luoghi di lavoro senza svolgimento di attività manuali, compreso il "rischio in itinere" .

CAT. C) = CONDUCENTE E TRASPORTATI: la garanzia si intende prestata per gli infortuni che le persone autorizzate dalla Contraente subiscano in occasione di missioni, trasferte o per adempimenti di servizio fuori dall'ufficio e limitatamente al tempo strettamente necessario per l'esecuzione delle prestazioni di servizio, durante la guida di veicoli previsti dal presente contratto, compresi ciclomotori e motocicli, propri o di un familiare convivente, dal momento in cui l'Assicurato sale a bordo del mezzo di trasporto a quello in cui ne discende.

La garanzia vale anche per le missioni istituzionali inerenti prelievi di campioni, di prodotti agro-alimentari, attività di rilevazione statistica, attività inerenti i concorsi, le operazioni a premio e le manifestazioni di sorte.

L'assicurazione garantisce anche gli infortuni subiti dalle persone di cui sia autorizzato il trasporto.

La copertura decorre dall'effettivo inizio del viaggio, indipendentemente se esso avvenga dall'abitazione, anche occasionale, dell'Assicurato o dalla sede di lavoro e termina al ritorno dell'Assicurato ad una delle predette sedi.

L'assicurazione vale anche per gli infortuni subiti:

- durante la messa in moto del veicolo;
- in occasione della salita o discesa dal veicolo od operazioni attorno ad esso;
- in caso di fermata del veicolo durante tutte le operazioni necessarie per la ripresa della marcia o per lo spostamento del veicolo da posizioni di intralcio;
- nel tentativo di salvataggio del veicolo e dei suoi occupanti.

CAT. D = PERSONALE IN MISSIONE: la garanzia si intende prestata per gli infortuni che il Personale Dipendente della Contraente subisca in occasione di missioni-viaggi-trasferimenti di qualsiasi natura in occasione di tutte le attività svolte per incarichi specifici inerenti le occupazioni professionali per conto del Contraente al di fuori della normale sede di lavoro, compreso il tempo libero. La garanzia si intende valida per le missioni-viaggi-trasferimenti in Italia o all'estero, con/senza soggiorno

La copertura decorre dall'effettivo inizio del viaggio, indipendentemente che esso avvenga dall'abitazione dell'Assicurato stesso, anche occasionale, o dalla sede di lavoro, termina al ritorno dell'Assicurato ad una delle predette sedi di partenza.

I capitali assicurati per ciascun appartenente alle categorie sopraindicate sono specificati all'art. 1) della successiva Sezione 6).

La presente polizza si intende operante per infortuni occorsi nel mondo intero. Gli eventuali indennizzi verranno corrisposti solo in Italia in Euro (€).

SEZIONE 2 – NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

Art. 1 – Dichiarazioni del Contraente

Le dichiarazioni inesatte e reticenti del Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli art. 1892, 1893 e 1894 C.C..

Il Contraente deve comunicare alla Società ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 C.C.. Tuttavia l'omissione, incompletezza o inesattezza della dichiarazione da parte del Contraente e/o dell'Assicurato di una circostanza eventualmente aggravante il rischio, durante il corso della validità della presente polizza così come all'atto della sottoscrizione della stessa, non pregiudicano il diritto all'indennizzo, sempreché tali omissioni, incomplete o inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo dei legali rappresentanti. La Società ha peraltro il diritto di percepire la differenza di premio corrispondente al maggior rischio a decorrere dal momento in cui la circostanza si è verificata.

Il Contraente è comunque esonerato dall'obbligo di comunicare le eventuali vicinanze pericolose.

A parziale deroga dell'art. 1897 del Codice Civile, nel caso di diminuzione del rischio e/o dei valori la Società è tenuta a ridurre alla prima scadenza annuale di polizza il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente o dell'Assicurato e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Il Contraente e l'Assicurato sono esentati da qualsiasi obbligo di dichiarare i danni che avessero colpito gli enti assicurati con polizze da loro sottoscritte a copertura dei medesimi rischi precedentemente la stipulazione della presente polizza di assicurazione.

Art. 2 – Assicurazione presso diversi Assicuratori

Si conviene tra le Parti che qualora si rivelasse che per gli stessi enti oggetto del presente contratto esistono o venissero in seguito stipulate altre polizze direttamente dal Contraente o da terzi che ne abbiano avuto interesse, gli eventuali danni denunciati dall'Assicurato a valere sulla presente polizza saranno liquidati ed indennizzati dalla Società direttamente all'Assicurato medesimo, a prescindere dall'esistenza di altri contratti assicurativi, fermo per la Società ogni altro diritto derivante a norma di legge (art. 1910 C.C.).

Il presente contratto di assicurazione s'intende stipulato indipendentemente ed in aggiunta alle assicurazioni obbligatorie previste per gli infortuni sul lavoro dalle leggi vigenti e da quelle eventuali future.

Si esonera il Contraente dal dare preventiva comunicazione alla Società di eventuali polizze già esistenti e/o quelle che verranno in seguito stipulate sugli stessi rischi oggetto del presente contratto; l'Assicurato ha l'obbligo di farlo in caso di sinistro, se ne è a conoscenza.

Art. 3 – Durata e proroga dell'assicurazione

Il contratto ha la durata indicata in frontespizio della polizza e cesserà automaticamente alla scadenza del detto periodo senza obbligo di disdetta da ambo le parti.

Il premio alla firma viene corrisposto per il periodo dal 31/12/2012 al 31/12/2013 e successivamente verrà corrisposto in rate annuali.

Si conviene che il Contraente ad ogni scadenza annuale ha comunque facoltà di rescindere dal contratto, con preavviso di almeno 60 (sessanta) giorni da inviarsi a mezzo lettera raccomandata.

E' facoltà del Contraente, con preavviso non inferiore a 30 giorni antecedenti la scadenza, richiedere alla Società una proroga temporanea della presente assicurazione, finalizzata all'espletamento od al completamento delle procedure di aggiudicazione della nuova assicurazione; in tal caso è facoltà della Società prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche in vigore per un periodo massimo di 180 giorni previo pagamento di un premio conteggiato sulla base del 6/12esimi del premio annuale di polizza.

Per il pagamento dei premi di rinnovo e/o proroga previsti ai sensi del presente articolo vale sempre il termine di rispetto contrattualmente previsto per il pagamento delle rate successive.

Art. 4 – Decorrenza dell'assicurazione – Pagamento del premio

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza, sempreché il pagamento della prima rata di premio avvenga, in deroga all'Art. 1901 Codice Civile, entro 60 giorni dalla sopracitata data. In mancanza di pagamento del premio, la garanzia rimane sospesa dalla fine di tale periodo e riprende vigore alle ore 24.00 del giorno di pagamento del premio.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 60° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Il termine di rispetto per il pagamento dei premi relativi ad eventuali appendici emesse sulla presente polizza si intende fissato in 60 giorni dalla data di ricezione da parte del Contraente del relativo documento regolarmente emesso dalla Società.

I premi devono essere pagati al Broker al quale è assegnata la polizza, e la Società inoltre riconosce che il pagamento dei premi fatto tramite il Broker sopra designato è liberatorio per il Contraente. Farà fede, ai fini della copertura assicurativa, la data di una comunicazione scritta del Broker alla Società.

Si precisa che i rapporti contrattuali dovranno conformarsi alle disposizioni relative agli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'art. 3 della Legge n. 136 del 13/8/2010 (si veda successiva specifica clausola).

Art. 5 – Regolazione del premio

Il premio viene anticipato dal Contraente per ogni periodo assicurativo in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minor durata del contratto, secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio.

A tale scopo entro 120 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o della minor durata del contratto, il Contraente deve fornire per iscritto alla Società i dati necessari cioè il numero effettivo degli assicurati e gli altri dati indicati alla successiva sezione 6 affinché la Società stessa possa procedere alla regolazione del premio definitivo. Le differenze attive e passive, risultanti dalla regolazione, devono essere pagate o rimborsate nei sessanta giorni dalla relativa comunicazione da parte della Società.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti od il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società deve fissargli, mediante atto formale di messa in mora, un ulteriore termine non inferiore a trenta giorni dandone comunicazione scritta, trascorso il quale la garanzia, limitatamente ai sinistri accaduti nel periodo per il quale non è avvenuta la notifica o il pagamento del premio, la Società potrà indennizzare gli stessi nella medesima proporzione esistente tra l'importo di premio pagato e quello interamente dovuto (se superiore), salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

Quanto previsto al comma precedente si intende valido anche per i contratti scaduti.

La Società ha il diritto di effettuare verifiche e controlli per i quali il Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessari.

Art. 6 – Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società ed il Contraente hanno facoltà di recedere dal contratto con preavviso di 120 (centoventi) giorni da darsi con lettera raccomandata.

In caso di recesso da parte della Società, questa, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso stessa, rimborserà al Contraente i ratei di premio pagati e non goduti, escluse le imposte.

Art. 7 – Modifiche dell'assicurazione

Le eventuali modificazioni dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art. 8 – Clausola Broker

L'Ente Contraente dichiara di aver affidato la gestione della presente polizza alla Aon S.p.A., qualità di Broker, ai sensi dell'art. 109 del D.Lgs. 209/2005 e s.m.i..

Pertanto, agli effetti delle condizioni della presente polizza, la Società da atto che ogni comunicazione fatta dal Contraente al Broker si intenderà come fatta alla Società stessa e viceversa, come pure ogni comunicazione fatta dal Broker alla Società si intenderà come fatta dal Contraente stesso.

La Società inoltre riconosce che il pagamento dei premi sia fatto tramite il Broker sopra designato. Ai sensi della normativa vigente si precisa che, con riferimento all'art. 118 del D.Lgs. 209/2005 ed all'art. 55 del Regolamento ISVAP n. 05/2006, il Broker è autorizzato ad incassare i premi. In applicazione del 1° comma del predetto art. 118, resta intesa l'efficacia liberatoria del pagamento dei premi del Contraente al Broker.

La Società riconosce che la provvigione del Broker è a proprio carico. Il Broker tratterà sui premi imponibili della presente polizza ed all'atto della rimessa dei premi alla Società l'aliquota provvigionale risultante dall'accordo di collaborazione e/o mandato, comunque in misura non inferiore al 15 % (quindici percento).

Qualora il contratto stipulato dal Contraente con il predetto Broker per il servizio di brokeraggio dovesse concludersi nel corso della validità della presente polizza, il Contraente comunicherà alla Società il nominativo del nuovo soggetto

affidatario del servizio di brokeraggio assicurativo, nonché le relative condizioni di aggiudicazione per l'eventuale periodo assicurativo residuo.

Parimenti il corrispettivo per il servizio di brokeraggio corrisposto dalla Società spetterà al Broker subentrante a far tempo dalla prima scadenza annuale successiva della polizza medesima rispetto alla data di subentro formale del nuovo Broker nella titolarità dell'appalto, senza che la Società od il Broker cessante possano opporre eccezione alcuna.

Art. 9 – Coassicurazione e delega

➤ Valida esclusivamente in caso di coassicurazione ai sensi dell'art. 1911 C.C.

Qualora l'Assicurazione fosse divisa per quote fra diverse Società Coassicuratrici, in caso di sinistro le Società stesse concorreranno nel pagamento dell'indennizzo, liquidato a termini delle Condizioni di Assicurazione in proporzione della quota da esse assicurata, esclusa ogni responsabilità solidale.

Il Contraente dichiara di avere affidato la gestione del presente contratto alla Aon S.p.A. e le Società hanno convenuto di affidare la delega alla Società Delegataria indicata in esso; di conseguenza tutti i rapporti inerenti la presente Assicurazione saranno svolti per conto del Contraente dalla Aon S.p.A. la quale tratterà con la Delegataria.

In particolare, tutte le comunicazioni inerenti il Contratto, ivi comprese quelle relative al recesso o alla disdetta ed alla gestione dei sinistri, si intendono fatte o ricevute dalla Delegataria in nome e per conto di tutte le Società coassicuratrici.

Le Società coassicuratrici riconoscono come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di gestione compiuti dalla Delegataria per conto comune fatta soltanto eccezione per l'incasso dei premi di polizza il cui pagamento verrà effettuato nei confronti di ciascuna Società.

La sottoscritta Società Delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle Coassicuratrici indicate negli atti suddetti (polizza e appendici) a firmarli anche in loro nome e per loro conto.

Pertanto la firma apposta dalla Direzione della Società Delegataria sui Documenti di Assicurazione, li rende ad ogni effetto validi anche per le quote delle Coassicuratrici.

Il dettaglio dei capitali assicurati, dei premi, accessori e imposte, spettanti a ciascuna Coassicuratrice, risulta dall'apposito prospetto allegato alla presente Polizza.

Art. 10 – Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio

La Società con cadenza annuale, si impegna a fornire al Contraente il dettaglio dei sinistri così suddiviso:

- a) numero del sinistro della Società
- b) data di accadimento
- c) nominativo infortunato
- d) stato del sinistro ("in trattativa", "liquidato", "chiuso senza seguito")
- e) importo liquidato e relativa data della liquidazione
- f) importo riservato

Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al Contraente di chiedere ed ottenere un aggiornamento con le modalità di cui sopra in date diverse da quelle indicate o in date successive alla scadenza del 31.07.2014.

Art. 11- Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente è tenuto devono essere fatte con lettera raccomandata anche a mano od altro mezzo (telefax, e-mail, telegramma o simili) indirizzata alla Società oppure al Broker al quale il Contraente ha conferito incarico per la gestione della polizza. Analoga procedura adotta la Società nei confronti del Contraente.

Costituiscono eccezione a quanto sopra pattuito l'eventuale disdetta della polizza ed il recesso per sinistro che ciascuna delle Parti è tenuta ad inviare direttamente all'altra parte nei termini e modalità previsti dalla presente polizza.

Art.12 – Ispezione delle cose assicurate

La Società ha sempre il diritto di ispezionare le cose assicurate e l'Assicurato ha l'obbligo di fornire tutte le occorrenti indicazioni ed informazioni.

Art. 13 – Assicurazione per conto altrui

Poiché la presente assicurazione è stipulata dal Contraente in nome proprio e nell'interesse di chi spetta, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 C.C.

Art. 14 – Assicurazione per conto di chi spetta

La presente polizza è stipulata dal Contraente in nome proprio e/o nell'interesse di chi spetta. In caso di sinistro però, i terzi interessati non avranno alcuna ingerenza nella nomina dei periti da eleggersi dalla Società e dal Contraente, né

azione alcuna per impugnare la perizia, convenendosi che le azioni, ragioni e diritti sorgenti dall'assicurazione stessa non possono essere esercitati che dal Contraente. L'indennità che, a norma di quanto sopra, sarà stata liquidata in contraddittorio non potrà essere versata se non con l'intervento, all'atto del pagamento, dei terzi interessati.

Si conviene tra le parti che, in caso di sinistro che colpisca beni sia di terzi che del Contraente, su richiesta di quest'ultimo si procederà alla liquidazione separata per ciascun avente diritto.

A tale scopo i Periti e gli incaricati della liquidazione del danno provvederanno a redigere per ciascun reclamante un atto di liquidazione, La Società effettuerà il pagamento del danno, fermo quant'altro previsto dalla presente polizza, a ciascun avente diritto.

Art. 15 – Titolarità dei diritti nascenti dalla polizza

Le azioni, le ragioni ed i diritti nascenti dalla polizza non possono essere esercitati che dal Contraente e dalla Società.

Spetta in particolare al Contraente compiere gli atti necessari all'accertamento ed alla liquidazione dei danni. L'accertamento e la liquidazione dei danni così effettuati sono vincolanti anche per l'Assicurato, restando esclusa ogni sua facoltà di impugnativa. L'indennizzo liquidato a termini di polizza non può tuttavia essere pagato se non nei confronti e con il consenso dei titolari dell'interesse assicurato.

Art. 16 – Oneri fiscali

Sono a carico del Contraente le imposte e gli altri oneri presenti e futuri stabiliti per legge in conseguenza del contratto.

Art. 17 – Interpretazione del contratto

Si conviene fra le parti che in caso di dubbia interpretazione delle norme contrattuali verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole al Contraente/Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di assicurazione.

Art. 18 – Foro competente

Per le controversie relative al presente contratto è competente, esclusivamente, l'autorità giudiziaria del luogo della sede del Contraente.

Art. 19 – Obblighi dell'Appaltatore relativi alla Tracciabilità dei flussi finanziari

La Società assume tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'articolo 3 della legge 13 agosto 2010, n. 136 e successive modifiche al fine di assicurare la tracciabilità dei movimenti finanziari relativi all'appalto. Qualora la Società non assolva agli obblighi previsti dall'art. 3 della Legge n. 136/2010 per la tracciabilità dei flussi finanziari relativi all'appalto, il presente contratto si risolve di diritto ai sensi del comma 8 del medesimo art. 3.

Il Contraente verifica in occasione di ogni pagamento all'appaltatore e con interventi di controllo ulteriori l'assolvimento, da parte dello stesso, degli obblighi relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari.

L'appaltatore si impegna a dare immediata comunicazione alla stazione appaltante ed alla prefettura-ufficio territoriale del Governo della provincia ove ha sede la Contraente della notizia dell'inadempimento della propria controparte (subappaltatore/subcontraente) agli obblighi di tracciabilità finanziaria.

Art. 20 – Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

SEZIONE 3 - RISCHI COPERTI

ART. 1) OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento delle attività indicate per ogni singola categoria all'art. 2 della Sezione 1.

Relativamente ai rischi professionali, a titolo esemplificativo e non limitativo si precisa che sono comprese tutte le attività connesse, collegate, accessorie, complementari e conseguenti, nessuna esclusa né eccettuata.

Sono equiparati ad infortunio anche:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- soffocamento da ingestione di solidi e/o liquidati;
- gli avvelenamenti acuti di origine traumatica, da ingestione o assorbimento di sostanze;
- contatto con corrosivi, ustioni in genere;
- le affezioni conseguenti a morsi di animali o rettili o a punture di insetti o aracnidi, esclusi il carbonchio, la malaria e le malattie tropicali;
- l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento;
- la folgorazione;
- i colpi di sole, di calore o di freddo;
- le lesioni (esclusi gli infarti) determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico;
- gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza, esclusi comunque quelli conseguenti ad ubriachezza;
- gli infortuni derivanti da aggressioni in genere;
- gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismi, attentati, sequestri, rapine, azioni di dirottamento o di pirateria a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- gli infortuni derivanti da malore ed incoscienza;
- gli infortuni derivanti da imprudenza e negligenza anche gravi;
- gli infortuni derivanti dall'uso o guida di ciclomotori e motocicli di qualunque cilindrata, trattori e macchine agricole semoventi, veicoli a motore e natanti in genere, a condizione che l'Assicurato sia in possesso, ove prescritto, di regolare patente di abilitazione alla guida;
- gli infortuni causati da forze della natura compresi terremoto, maremoto, eruzione vulcanica, alluvioni, inondazioni, frane, smottamenti, valanghe, slavine;
- gli infortuni causati da influenze termiche ed atmosferiche;
- gli infortuni derivanti da abuso di alcolici, con l'esclusione di quelli subiti alla guida di veicoli e/o natanti in genere;
- gli infortuni causati da pratica non professionale di qualsiasi sport, ad eccezione di sports aerei in genere e paracadutismo.

ART. 2) ESTENSIONI DI GARANZIA

A) – Rischio guerra

La garanzia viene estesa agli infortuni avvenuti all'estero (escluso comunque il territorio della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino) derivanti da stato di guerra civile, guerra, invasione, atti nemici, ostilità (sia che la guerra sia dichiarata e non), per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di eventi bellici mentre si trova all'estero.

B) – Morte presunta

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termine del contratto di assicurazione, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato entro un anno a seguito di scomparsa per qualsiasi causa, la Società liquiderà ai beneficiari indicati nel contratto di assicurazione il capitale previsto per il caso di morte.

Qualora sia stato effettuato il pagamento dell'indennità ed in seguito l'Assicurato ritorni o si abbiano di lui notizie sicure, la Società ha diritto alla restituzione delle intere somme pagate e relative spese, e l'Assicurato stesso potrà far valere i diritti che eventualmente gli sarebbero spettati nel caso avesse subito lesioni indennizzabili a termini di polizza senza che si possano da parte della Società invocare eventuali termini di prescrizione, che, al più, decorreranno da quel momento.

C) – Diabete

Si precisa che si intendono assicurate anche le persone affette da diabete.

D) – Danni estetici

Se l'infortunio ha per conseguenze lesioni che determinino conseguenze esclusivamente di carattere estetico, la Società liquida una ulteriore indennità a titolo di invalidità permanente con una franchigia assoluta del 3%.

Pertanto la Società non liquida alcuna indennità se la predetta conseguenza determina una invalidità permanente di grado non superiore al 3% della totale; se invece tale invalidità permanente supera il 3% della totale, la Società liquida l'indennità solo per la parte eccedente e fino al massimo di € 50.000,00.

E) – Esposizione agli elementi

La Società in occasione di arenamento, naufragio, atterraggio forzato di mezzi di trasporto non esclusi dalle condizioni di polizza, corrisponderà le somme rispettivamente assicurate per il caso di morte e di invalidità permanente anche in quei casi in cui gli avvenimenti di cui sopra non siano la causa diretta dell'infortunio ma, in conseguenza della zona, del clima o di altre situazioni concomitanti (es. perdita di orientamento), l'Assicurato si trovi in condizioni tali da subire la morte o lesioni organiche permanenti.

F) Rimborso Spese Mediche a seguito di infortunio (valida esclusivamente per le categorie per le quali è richiamata la garanzia alla Sezione 6)

La Società rimborsa all'Assicurato, in caso di infortunio risarcibile a termini della presente polizza, il costo delle cure mediche sostenute, fino a concorrenza dell'importo indicato alla Sezione 6.

Per cure mediche si intendono:

- Spese ospedaliere o cliniche;
- onorari a medici, chirurghi e all'équipe operatoria;
- uso della sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi terapeutici ed endoprotesi applicati durante l'intervento;
- rette di degenza;
- esami di laboratorio ed accertamenti diagnostici;
- cure e visite mediche;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi e/o riabilitativi;
- trasporto dell'assicurato in ospedale o in clinica ed il ritorno effettuato con ambulanza o con mezzi speciali di soccorso;
- prestazioni medico-infermieristiche, medicinali, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari incluse le carrozelle ortopediche.

Sono altresì comprese le spese per cure e applicazioni effettuate allo scopo di ridurre o eliminare le conseguenze di danni estetici provocati da infortunio.

Qualora l'assicurato venga ritenuto non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera del luogo ove è avvenuto l'infortunio, la Società rimborsa altresì le spese di trasferimento con ambulanza, eliambulanza o aereo in un centro ospedaliero attrezzato alla cura dell'assicurato.

La Società effettua rimborso previa presentazione dei documenti giustificativi di spesa in originale. Il pagamento viene effettuato a cura ultimata.

La presente garanzia vale fino a concorrenza di € 2.600,00 per ogni singolo Assicurato per uno o più eventi verificatisi nel corso di un medesimo periodo assicurativo annuo.

ART. 3) INFORTUNI AERONAUTICI

L'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei turistici o di trasferimento, effettuati in qualità di passeggero, su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti tranne che:

- da società/aziende di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;
- da Aeroclub.

La somma delle garanzie di cui alla presente polizza e eventuali altre assicurazioni stipulate dall'assicurato o da altri in suo favore per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni, non potrà superare le seguenti somme assicurate per persona:

- € 1.000.000,00 per il caso morte
- € 1.000.000,00 per il caso di invalidità permanente

Resta espressamente convenuto che in nessun caso la Società potrà essere chiamata a risarcire, a seguito di sinistro, un indennizzo complessivo superiore ad € 5.000.000,00= qualunque sia il numero degli Assicurati viaggianti sull'aeromobile. Qualora il predetto limite massimo fosse insufficiente a coprire per intero il totale degli indennizzi liquidabili a termini di polizza, in dipendenza del medesimo sinistro, la Società liquiderà ciascun Assicurato in base alla proporzione esistente tra il suddetto limite ed il totale degli indennizzi che sarebbero liquidabili a termini di polizza. In detta limitazione per aeromobile rientrano anche i capitali riferentisi ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze infortuni cumulative stipulate dallo stesso Contraente.

Agli effetti della presente garanzia, il viaggio aereo si intende cominciato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso; la salita e la discesa, mediante scale ed altre attrezzature speciali aeroportuali, fanno parte del rischio del volo.

Sono inoltre compresi gli eventuali infortuni che dovessero verificarsi in conseguenza di atti di pirateria aerea o di forzato dirottamento compreso quindi l'eventuale viaggio aereo di trasferimento dal luogo dove l'Assicurato fosse stato dirottato fino alla località di arrivo definitiva prevista dal biglietto aereo.

La garanzia di cui al presente articolo non è valida nel caso di polizze con durata inferiore ad un anno.

ART. 4) RISCHIO IN ITINERE

La garanzia comprende il rischio in itinere, cioè gli infortuni che possono colpire gli Assicurati durante:

- Il tragitto dall'abitazione, anche occasionale, al luogo di lavoro e viceversa,
- Il tragitto dalla sede dove viene svolta la loro attività fino al raggiungimento di altro luogo di lavoro e viceversa, e con utilizzo di mezzi di locomozione sia privati che pubblici

ART. 5) LIMITI TERRITORIALI E DI RISARCIMENTO

L'assicurazione viene prestata per tutto il mondo.

In ogni caso il pagamento delle indennità verrà effettuato in Italia con moneta nazionale.

Nel caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più Assicurati, l'esborso a carico della Società non potrà superare la somma complessiva di € 5.000.000,00.

Qualora le indennità liquidabili ai sensi del contratto di assicurazione eccedessero nel loro complessivo tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

ART. 6) LIMITI DI ETÀ

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore a settantacinque anni.

Tuttavia per persone che raggiungano tale età nel corso del contratto di assicurazione, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa al compimento di detto termine, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti, dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso verranno restituiti a richiesta del Contraente.

Per gli appartenenti alla Cat. A) Amministratori Camerali, a parziale deroga di quanto sopra, si conviene che l'assicurazione potrà essere rinnovata con patto speciale previa presentazione, prima della scadenza annuale del premio, di certificato medico attestante buona salute.

ART. 7) PERSONE NON ASSICURABILI

Sono ammessi al beneficio dell'assicurazione tutti indistintamente gli Assicurati a prescindere dalle loro condizioni di salute e da eventuali pregresse minorazioni fisiche o mutilazioni delle quali gli Assicurati stessi risultassero affetti all'atto della stipula del presente contratto o che dovessero in seguito sopravvenire, restando comunque espressamente confermato quanto previsto dall'art. 2) della Sezione V – Criteri di indennizzabilità

ART. 8) ESONERO DALL'OBBLIGO DI DENUNCIA GENERALITA' DEGLI ASSICURATI

Il Contraente è esonerato dal dichiarare i dati anagrafici degli assicurati e per la loro identificazione e per il computo del premio si farà riferimento agli atti/registri depositati presso il Contraente. L'assicurazione copre automaticamente tutti gli Assicurati senza alcuna notifica preventiva dei rischi, purchè il Contraente dia comunicazione alla Società al termine di ogni annualità assicurativa, nei termini previsti dalla presente polizza, del numero effettivo degli Assicurati e degli altri elementi variabili riportati nella Sezione 6 della presente polizza.

ART. 9) ESONERO DALL'OBBLIGO DI DENUNCIA DI INFERMITA' MUTILAZIONI O DIFETTI FISICI

Il Contraente resta altresì esonerato dall'obbligo di notificare alla Società le malattie, le infermità, le mutilazioni ed i difetti fisici da cui fossero affette le persone assicurate all'atto della stipula del presente contratto o che dovessero in seguito sopravvenire.

ART. 10) ESTENSIONI DI GARANZIA VALIDE ESCLUSIVAMENTE PER LA CAT. D) – PERSONALE IN MISSIONE

1) – Malattie Tropicali – Malaria

La garanzia viene estesa alle malattie tropicali, intendendosi come tali quelle diagnosticate dai medici curanti, fino a concorrenza delle somme assicurate ma con un massimo indennizzo di € 100.000,00. La malaria si intende parificata alle malattie tropicali.

Si conviene che non si darà luogo ad indennizzo per Invalidità Permanente quando questa sia di grado non superiore al 15% della totale; se essa risulterà pari o superiore al 15% della totale, l'indennità verrà corrisposta soltanto per la parte eccedente.

La validità di questa garanzia è subordinata al fatto che l'Assicurato si trovi in perfette condizioni di salute e che si sia sottoposto alle prescritte pratiche di profilassi richieste dalle Autorità sanitarie dei paesi ove si reca.

In caso di divergenza sulla diagnosi della malattia la decisione è rimessa al Collegio Medico secondo la procedura prevista all'art. 4 della Sezione V.

2) – Spese per il rimpatrio della salma

La Società assicura per ogni infortunio indennizzabile a termini di polizza e fino alla concorrenza della somma di € 5.500,00= il rimborso delle spese sostenute per il rimpatrio della salma dell'Assicurato, fino al luogo di sepoltura in Italia in caso di decesso a seguito di infortunio avvenuto all'Estero.

La Società effettua il rimborso agli aventi diritto previa presentazione in originale dei documenti giustificativi.

SEZIONE 4 – ESCLUSIONI

Art.1 – Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni occorsi:

1. in occasione di eventi direttamente connessi allo stato di guerra dichiarata o non dichiarata, salvo quanto previsto all'art. 3 lettera A) della Sezione 3;
2. durante la guida e l'uso di mezzi di locomozione aerea, salvo quanto previsto per l'uso all'art. 5 "Infortuni Aeronautici" della presente Sezione, e durante la guida di mezzi subacquei;
3. in conseguenza di dolo o di azioni delittuose dell'Assicurato;
4. gli infortuni derivanti dall'abuso di psicofarmaci o da uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni;
5. da stato di intossicazione acuta alcoolica alla guida di qualsiasi veicolo e/o natante;
6. gli infortuni occorsi in occasione di partecipazione ad imprese temerarie, salvo in quest'ultimo caso che si tratti di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
7. in conseguenza diretta od indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
8. dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove) che comportano l'uso o la guida di veicoli a motore e natanti, salvo che si tratti di regolarità pura;
9. dalla pratica del paracadutismo, del parapendio e degli sport aerei in genere;
10. dalla guida di veicoli e natanti a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione.

SEZIONE 5 - NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO

Art. 1 – Obblighi del Contraente in caso di sinistro

La denuncia del sinistro deve essere fatta per iscritto alla Società o al Broker entro 30 giorni lavorativi dall'infornuto o dal momento in cui l'ufficio del Contraente addetto alla gestione dei contratti assicurativi ne venga a conoscenza o l'Assicurato od i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità. (art. 1913 C.C.).

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (art.1915 C.C.).

Art. 2 – Denuncia del sinistro e relativi obblighi

La denuncia dell'infornuto dovrà contenere l'indicazione del luogo, del giorno e dell'ora dell'evento, nonché delle cause che lo hanno determinato.

Quanto prima il Contraente, l'Assicurato o i suoi aventi diritto dovranno corredare la denuncia con la certificazione medica iniziale.

Avvenuto l'infornuto, l'Assicurato deve ricorrere alle cure di un medico e seguirne le prescrizioni.

Successivamente l'Assicurato deve inviare, periodicamente e sino a guarigione avvenuta, certificati medici sul decorso delle lesioni.

Quando l'infornuto abbia cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, dovrà essere dato immediatamente avviso alla Società a mezzo telefax e/o telegramma.

Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato, salvo che quelle di cura siano espressamente comprese nell'assicurazione.

L'Assicurato, i suoi familiari od aventi diritto devono consentire alla visita di medici della Società ed a qualsiasi indagine che questi ritengano necessaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato stesso.

Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato, salvo che siano espressamente comprese nell'assicurazione.

Relativamente alla garanzia Rimborso Spese Mediche da Infornuto – valida per le cat. A), C) e D) – il rimborso delle spese sostenute viene effettuato dalla Società a guarigione clinica ultimata su presentazione da parte dell'Assicurato dei documenti giustificativi quali, notule del medico, ricevute del farmacista, fatture e/o altri documenti dell'istituto di cura nel quale ha avuto luogo il ricovero e simili.

La domanda per il rimborso di dette spese corredata dai documenti giustificativi di cui sopra deve essere presentata alla Società entro il 90° giorno successivo a quello in cui è terminata la cura medica.

Relativamente alla garanzia Responsabilità Civile verso Terzi la denuncia deve contenere la narrazione dei fatti, l'indicazione delle conseguenze, le generalità dei danneggiati e degli eventuali testimoni, l'ora, la data il luogo di accadimento del sinistro e deve essere corredata da certificato medico in caso di danni fisici.

Art. 3 – Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennità convenuta, in favore degli aventi diritto in caso di decesso, di invalidità permanente dell'Assicurato, e, se compresa in polizza per le singole categorie, di inabilità temporanea dell'Assicurato, per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infornuto che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infornuto può avere esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infornuto, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

Parimenti, nei casi di preesistente mutilazione o difetto fisico, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infornuto come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti.

a) MORTE

Se l'infornuto ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifica – anche successivamente alla scadenza della polizza – entro due anni dal giorno dell'infornuto, la Società liquida la somma assicurata per il caso morte, indicata nella scheda della Sezione 6.

Tale indennizzo viene liquidato ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per l'invalidità permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, i beneficiari, o in difetto di designazione, gli eredi, dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso ed hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per morte – se superiore – e quello già pagato per invalidità permanente.

b) MORTE PRESUNTA

La Società dichiara che se il corpo dell'Assicurato non venisse trovato entro un anno a seguito di arenamento, affondamento e naufragio del mezzo di trasporto aereo, lacustre, fluviale o marittimo, fermo restando quanto previsto dalle Condizioni di Assicurazione, verrà riconosciuto l'indennizzo previsto per il caso di morte, considerando l'evento di cui sopra come infortunio.

La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi 6 mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta ai termini degli art. 60 e 62 C.C.

Quando sia stato effettuato il pagamento delle indennità ed in seguito l'Assicurato ritorni o si abbiano di lui notizie sicure, la Società ha diritto alla restituzione delle intere somme pagate e relative spese, e l'Assicurato stesso potrà fare valere i diritti che eventualmente gli sarebbero spettati nel caso avesse subito lesioni indennizzabili a norma della presente polizza.

Le lesioni corporali causate dall'esposizione agli elementi della natura dovuti ad un atterraggio di fortuna, arenamento, affondamento o naufragio del mezzo di trasporto sopra richiamato, sono peraltro garantite dalla presente polizza.

c) INVALIDITA' PERMANENTE

Se l'infortunio ha per conseguenza un'invalidità permanente e questa si verifica – anche successivamente alla scadenza della polizza – ma comunque entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquiderà a tale titolo una indennità, calcolata sulla somma assicurata per invalidità permanente assoluta indicata nella scheda della Sezione VI.

La valutazione del grado di Invalidità Permanente sarà effettuata facendo riferimento alla Tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria per gli infortuni e le malattie professionali approvato con D.P.R. del 30.06.1965 n.1124 e successive modifiche, con rinuncia da parte della Società all'applicazione delle franchigie relative previste dalla Legge, con l'intesa che le percentuali indicate nella Tabella anzidetta vengano riferite ai capitali assicurati per il caso di invalidità permanente totale.

La Società prende atto che se l'Assicurato risulta mancino il grado di invalidità per il lato destro sarà applicato al sinistro e viceversa.

Nel caso in cui l'Assicurato subisca un infortunio ad un arto superiore o ad una mano o ad un avambraccio e risultasse che questi erano gli unici perfettamente integri o tali che venissero usati come "destri" si dovrà tenere conto di ciò anche nella valutazione del grado di invalidità permanente.

La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto, viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se si tratta di minorazione, le percentuali vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta. Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi o arti, l'indennità viene stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al limite massimo del 100%.

Nel caso di ernia addominale e traumatica che per essere determinata da infortunio risulti compresa in garanzia, l'indennità è stabilita come segue:

- se l'ernia risulta operabile verrà corrisposta solamente l'indennità per il caso di Inabilità Temporanea – ove sia prevista – fino ad un massimo di 30 giorni;
- se l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, la Società corrisponde una indennità non superiore al 10% della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente totale;
- qualora insorga contestazione circa l'operabilità o meno dell'ernia, la decisione sarà rimessa al Collegio Arbitrale di cui al successivo art. 4.

Nei casi di invalidità permanente non specificati, l'indennità è stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi elencati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla sua professione.

Qualora preesista una "non funzionalità totale di un organo od un arto" e le conseguenze dell'infortunio comportino, a causa di tale preesistente menomazione, una invalidità permanente "bilaterale" viene liquidata una indennità pari al:

- ☐ 100% della totale nel caso di perdita totale e irrimediabile dell'uso funzionale dell'organo o arto sano;

☐ doppio del grado di invalidità accertata (con il massimo del 100%) nel caso di perdita parziale dell'uso funzionale dell'organo o arto sano.

L'indennità per la perdita funzionale ed anatomica di una falange del pollice è stabilita nella metà, per la perdita anatomica di una falange dell'alluce nella metà e per quella di una falange di qualunque altro dito in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito.

Nei casi di invalidità permanente non specificati, l'indennità è stabilita tenendo conto della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorati, le percentuali sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Nei casi di invalidità permanente di grado pari o superiore al 75% sarà liquidata l'indennità pari all'intero capitale assicurato.

Per i casi in cui l'infortunio comporti una invalidità permanente di grado prevedibilmente superiore al 20% (ventipercento) e sia certamente indennizzabile, la Società porrà a disposizione dell'assicurato, a titolo di acconto, un importo pari ad un terzo dell'indennità corrispondente all'indennizzo valutato al momento, da congruarsi in sede di definitiva liquidazione del sinistro.

Il pagamento di tale anticipazione da parte della Società avverrà entro 30 giorni dal ricevimento della certificazione medica da cui risulta l'entità presunta dell'invalidità.

Il diritto all'indennità per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi; tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Società paga l'importo liquidato od offerto ai beneficiari, o in difetto di designazione degli stessi, agli eredi dell'Assicurato secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

Art. 4 – Controversie e collegio arbitrale

In caso di disaccordo sulla causa o sulla natura delle lesioni o sulla valutazione delle conseguenze attribuibili all'infortunio o sul grado di Invalidità Permanente nonché sulla liquidabilità delle indennità le Parti (Società ed Assicurato) si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere se ed in quale misura siano dovute le indennità, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un contraddittorio tra il medico dell'Assicurato e quello fiduciario della Società.

In caso di mancato accordo tra i due medici si procederà, con scrittura privata, a nominare quale terzo arbitro un medico designato dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio medico; il collegio medico così costituito risiede presso il domicilio dell'Assicurato.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà alle spese e competenze del terzo medico.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono obbligatorie per le Parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale.

E' data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'Invalidità Permanente ad epoca da fissarsi dal Collegio stesso, entro due anni, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sulle indennità da imputarsi nella liquidazione definitiva dell'infortunio.

Art. 5 – Liquidazione dell'indennità

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquiderà l'indennità che risulti dovuta, ne darà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvederà al pagamento entro 30 giorni dalla sottoscrizione dell'atto di liquidazione da parte della Società.

L'indennità viene corrisposta in Italia in Euro.

Art. 6 – Cumulo di indennità

L'indennità per inabilità temporanea al pari della diaria da ricovero ed al rimborso spese mediche è cumulabile con quella per morte o per invalidità permanente. Se dopo il pagamento di una indennità per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio, ed in conseguenza di questo l'Assicurato muore, la Società corrisponderà ai beneficiari designati o, in difetto, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali, la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore, e non chiederanno il rimborso nel caso contrario.

Il diritto all'indennità per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi, tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque

offerta in misura determinata, la Società paga agli eredi dell'Assicurato l'importo liquidato od offerto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

Art. 7 – Rinuncia all'azione di surroga

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto all'azione di surroga che potesse competere per l'art.1916 C.C. verso i responsabili dell'infortunio.

SEZIONE 6 - CATEGORIE ASSICURATE - PRESTAZIONI E SOMME ASSICURATE**Art.1 – Categorie, Prestazioni e Somme assicurate**

L'assicurazione è prestata alle condizioni tutte della presente polizza per le persone appartenenti alle categorie di seguito indicate, per prestazioni e somme riportate nelle relative tabelle.

Cat. A.) AMMINISTRATORI CAMERALI

Prestazioni assicurate	Somme assicurate pro-capite
Caso Morte	€ 1.000.000,00.=
Caso Invalidità Permanente	€ 1.000.000,00.=
Rimborso Spese Mediche da Infortunio	€ 2.600,00.=

Preventivo Assicurati Cat. A)	n. 35
--------------------------------------	--------------

Cat. B) DIRIGENTE Area IX

Prestazioni assicurate	Somme assicurate pro-capite
Caso Morte	€ 500.000,00.=
Caso Invalidità Permanente	€ 500.000,00.=

Assicurati Cat. B)	n. 1
---------------------------	-------------

Cat. C) CONDUCENTE E TRASPORTATI (tutto il personale dipendente o non dipendente)

Prestazioni assicurate	Somme assicurate pro-capite
Caso Morte	€ 200.000,00.=
Caso Invalidità Permanente	€ 200.000,00.=
Rimborso Spese Mediche da infortunio	€ 2.600,00.=

Preventivo percorrenza chilometrica annua prevista	Km. 15.000
---	-------------------

Cat. D) PERSONALE IN MISSIONE

Prestazioni assicurate	Somme assicurate pro-capite
Caso Morte	€ 200.000,00.=
Caso Invalidità Permanente	€ 200.000,00.=
Rimborso Spese Mediche da infortunio	€ 2.600,00.=

Preventivo Giornate-presenza Cat. D)	n. 1.100
---	-----------------

Art.2 – Inclusioni / esclusioni di Assicurati

Per gli appartenenti alla categoria A) **Amministratori Camerali** l'assicurazione è automaticamente estesa ad eventuali nuovi Assicurati in aumento al numero sopraindicato purchè il Contraente ne dia comunicazione alla Società nei termini previsti all'art. 5 della Sezione 2; ugualmente le variazioni numeriche derivanti da esclusioni/cessazioni degli Assicurati. Il Contraente è esonerato dal dichiarare generalità e dati anagrafici degli assicurati e per la loro identificazione e per il computo del premio si farà riferimento agli atti/registri depositati presso il Contraente.

Per gli appartenenti alla categoria C) **Conducente e Trasportati** ai fini dell'individuazione delle generalità delle persone assicurate e per il computo del premio si farà riferimento alle risultanze dei registri o altri documenti equipollenti sui quali la Contraente si impegna a registrare in modo analitico:

- a. data e luogo della missione-trasferta;
- b. generalità del/i dipendente/i autorizzato/i alla missione-trasferta;
- c. numero delle giornate-presenza limitatamente alla missione-trasferta.

In caso di sinistro, il Contraente dovrà presentare dichiarazione redatta alla Contraente stessa, attestante che il conducente e l'eventuale trasportato erano in missione-trasferta per conto e su autorizzazione della stessa Contraente.

Per gli appartenenti alla categoria D) **Personale in missione** ai fini dell'individuazione delle generalità delle persone assicurate e per il computo del premio si farà riferimento alle risultanze dei registri o altri documenti equipollenti sui quali la Contraente si impegna a registrare in modo analitico:

- a. data e luogo della missione;
- b. generalità del/i dipendente/i in missione-trasferta;
- c. numero delle giornate-presenza limitatamente alla missione-trasferta.

Art. 3 – Franchigia sul caso Invalidità Permanente

Per gli Assicurati appartenenti alle Cat. A), B) e D) si conviene che non si farà luogo ad indennizzo per Invalidità Permanente quando questa sia di grado non superiore al 3% (TRE per cento) della totale. Se invece essa risulterà superiore al 3% (TRE per cento) della totale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente. In caso di Invalidità Permanente superiore al 10% (DIECI per cento) la franchigia di cui sopra si intende annullata.

L'indennità per Invalidità Permanente per gli Assicurati appartenenti alla Cat. C) verrà riconosciuta senza applicazione di alcuna franchigia.

Art.4 – Calcolo del premio e modalità di applicazione della regolazione

Il Contraente versa alla firma della presente polizza ed alle successive scadenze annuali, a titolo di premio anticipato, l'importo riportato nella seguente tabella "scomposizione del premio" rappresentante il totale degli importi per singola categoria calcolati sulla base dei tassi e premi sottoriportati.

Al termine di ogni annualità la Società calcola il premio dovuto sulla base delle variazioni e/o dati consuntivi comunicati dalla Contraente ai sensi dell'art. 2., il cui pagamento verrà effettuato ai sensi dell'art.6 Sezione 2 della presente polizza. Essendo l'assicurazione prestata in forma non nominativa in base al numero degli assicurati e ad altri elementi variabili riportati nella presente Sezione la regolazione del premio sarà effettuata :

- a. **per la categoria A)** - in base al numero degli Assicurati esistenti al 31 dicembre di ogni anno, indipendentemente dalla data di effettiva decorrenza e/o cessazione e dalla consistenza nel corso dell'annualità; sui saldi numerici in aumento verrà calcolato il 50% del premio annuo unitario che il Contraente è tenuto a corrispondere, mentre sui saldi numerici in riduzione la Società si impegna a rimborsare il corrispondente 50% del premio annuo unitario ad esclusione delle imposte di legge.
- b. **per la categoria C) e la categoria D)** conteggiando il premio convenuto per chilometro o per giornata-presenza sull'eccedenza rispetto al numero preventivo di chilometri o giornate-presenza previsto in polizza.

Scomposizione del premio

Categoria	Dato preventivo	Tasso / premio annuo lordo unitario	Premio annuo lordo
A)	N° 35 Assicurati	Premio Euro..... per ogni Assicurato	Euro =
B)	N° 1 Assicurato	Premio Euro..... per ogni Assicurato	Euro =
C)	Percorrenza chilometrica annua prevista km. 15.000	Premio Euro..... per ogni chilometro percorso	Euro =
D)	N° 1.100 giornate-presenza	Premio Euro..... per ogni giornata-presenza	Euro =

Totale Premio Annuo Lordo	Euro =
----------------------------------	---------------

Scomposizione del premio alla firma e rate successive:

Premio annuo imponibile	Euro =
Imposte	Euro =
TOTALE	Euro =

Art. 5– Riparto di coassicurazione

Il rischio viene ripartito tra le seguenti Società secondo le percentuali qui di seguito indicate :

Società	Agenzia	Percentuale di ritenzione

Art. 6– Disposizione finale

Rimane convenuto che si intendono operanti solo le presenti norme dattiloscritte, che annullano e sostituiscono integralmente le condizioni riportate su moduli a stampa forniti dalla Società che, pertanto, si devono intendere abrogate e prive di effetto.

La firma apposta dal Contraente su tale modulistica vale solo quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio tra le Società partecipanti alla coassicurazione.

IL CONTRAENTE

LA SOCIETÀ
