

**Capitolato speciale dell'assicurazione**

**INFORTUNI CUMULATIVA  
DIRIGENTI ED AMMINISTRATORI**

**Decorrenza**                      ore 24,00                      del .....

**Scadenza**                        ore 24,00                      del .....

## SEZIONE 1 DEFINIZIONI E IDENTIFICAZIONE DEGLI ASSICURATI

### Art.1 - Definizioni

<b>Assicurazione</b>	Il contratto di assicurazione
<b>Polizza</b>	Il documento che prova l'assicurazione
<b>Contraente</b>	ALTO VICENTINO AMBIENTE SRL - Via Lago di Pusiano nr. 4 - 36015 SCHIO VI Codice Fiscale /P. IVA nr. 92000020245 / 02026520243
<b>Assicurato</b>	La persona fisica o giuridica il cui interesse è protetto dalla Assicurazione
<b>Beneficiario</b>	In caso di morte gli eredi legittimi o testamentari, in tutti gli altri casi l'assicurato stesso.
<b>Società</b>	L'impresa assicuratrice nonché le coassicuratrici.
<b>Broker</b>	ANTHEA SPA quale mandatario incaricato dal Contraente della gestione ed esecuzione del contratto, riconosciuto dalla Società.
<b>Premio</b>	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
<b>Rischio</b>	La probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.
<b>Sinistro</b>	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
<b>Indennizzo</b>	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
<b>Franchigia</b>	La parte di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.
<b>Scoperto</b>	La parte percentuale di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.
<b>Infortunio</b>	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 permanente e/o una inabilità temporanea.
<b>Invalidità permanente</b>	La diminuita capacità o la perdita definitiva ed irrimediabile della capacità generica ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato.
<b>Inabilità temporanea</b>	La perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato di attendere alle attività professionali dichiarate.
<b>Istituto di Cura</b>	L'ospedale pubblico, la clinica, la casa di cura sia accreditati presso il Servizio Sanitario Nazionale che privati, legalmente riconosciuti e regolarmente autorizzati al ricovero dei malati, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno.
<b>Ricovero</b>	La degenza in Istituto di cura che comporti almeno un pernottamento.
<b>Massimale per sinistro</b>	La massima esposizione della Società per sinistro.
<b>Rischio in itinere</b>	Tragitto dal luogo di residenza o domicilio al luogo di lavoro o di raccolta o sede del corso o dell'attività e viceversa effettuato con qualsiasi mezzo

## **Art. 2 – Identificazione degli Assicurati**

La presente polizza viene stipulata per tutte le categorie elencate alla Sez.6 Art.1, per le quali il Contraente ha l'obbligo od interesse ad attivare la copertura assicurativa e vale per gli infortuni subiti dagli Assicurati in occasione dello svolgimento di attività professionali ed extraprofessionali come precisato in ogni singola categoria assicurata.

Si precisa che, a titolo esemplificativo e non limitativo, la l'attività del Contraente riguarda l'espletamento dei seguenti servizi:

- raccolta, trasporto, trattamento smaltimento rifiuti solidi urbani, ospedalieri, tossici e speciali assimilabili;
- gestione di discariche ed eco centri
- spazzamento e lavaggio suolo pubblico, sgombero neve, diserbo
- gestione integrata delle risorse energetiche
- produzione, trasporto, trasformazione, distribuzione e vendita di energia elettrica
- gestione degli impianti di trattamento dei rifiuti solido urbani e tossico nocivi
- pulizia strade con raccolta, trasporto, cernita, smaltimento rifiuti, operazioni di igiene ambientale in genere, manutenzione piante e giardini anche con operazioni di annaffiamento, operazioni di svuotamento di pozzi neri, tubature, fognature e/o tubazioni di raccolta dell'acqua. Si intendono compresi la proprietà e/o l'uso di cassonetti, containers e campane per la raccolta differenziata.

L'Assicurato può svolgere le attività riconducibili ai servizi sopra indicati anche partecipando ad Enti, Società, Consorzi. L'Assicurato può assumere direttamente o a mezzo di altri Enti la gestione di tutti gli altri servizi consentiti dalla legislazione vigente in materia e/o dal proprio statuto.

L'Assicurato può effettuare l'esercizio "per conto", "in concessione", "in affitto" od in qualsiasi altra forma di tutte le attività sopra indicate.

Nel caso in cui venga concordata e attivata, in corso di contratto, una nuova categoria (originariamente non prevista alla Sezione 6 Art. 1), il rischio si intenderà coperto dalle ore 24.00 della data della comunicazione di richiesta di attivazione (alle condizioni che verranno concordate tra le Parti) inoltrata dal Contraente e/o dal Broker o dalle ore 24.00 della data indicata nella richiesta se posteriore a quella di inoltro.

A seguito di richiesta di attivazione la Compagnia emetterà appendice attestante l'attivazione della categoria menzionata mentre il premio relativo alla categoria attivata verrà versato interamente in sede di regolazione premio (senza pagamento di premio anticipato).

Nel caso di attivazione, in corso d'anno, di categorie nuove il Contraente, dovrà comunicare, almeno 30 giorni prima della scadenza di rata, il dato preventivo da utilizzare per l'eventuale aggiornamento del conteggio del premio anticipato per l'annualità successiva.

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della denuncia delle generalità delle persone assicurate; per la loro identificazione si farà riferimento ai registri tenuti dal Contraente.

Il Contraente resta altresì esonerato dall'obbligo di notificare preventivamente 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 degli inserimenti successivi, o che dovessero in seguito sopravvenire.

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 INGENERALE

### **Art.1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio**

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..

Nel caso di diminuzione del rischio, la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio con effetto immediato rispetto alla comunicazione del Contraente e rinuncia al relativo diritto di recesso previsto dall'art. 1897 C.C.. La Società corrisponderà, al netto dell'imposta, la quota di premio pagata e non consumata, a scelta del Contraente, immediatamente oppure in occasione della scadenza dell'annualità di premio.

La mancata comunicazione da parte del Contraente di circostanze aggravanti il rischio così pure le inesatte od incomplete dichiarazioni rese all'atto della stipulazione dell'assicurazione o durante il corso della stessa, non comporteranno decadenza dal diritto di indennizzo, né riduzione dello stesso sempre che tali omissioni od inesattezze siano avvenute senza dolo.

La Società ha peraltro il diritto di percepire la differenza di premio corrispondente al maggior rischio a decorrere dal momento in cui le circostanze si sono verificate.

Il Contraente e l'Assicurato sono esentati da qualsiasi obbligo di dichiarare i danni che avessero colpito in precedenza i soggetti assicurati con la presente polizza di assicurazione.

### **Art.2 - Assicurazione presso diversi Assicuratori**

E' data facoltà al Contraente di non comunicare altre assicurazioni che avesse in corso o che stipulasse in futuro con altre Società per gli stessi rischi assicurati con il presente contratto di assicurazione.

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

Il Contraente è inoltre esonerato dal denunciare le assicurazioni a favore dei propri dipendenti a cui fosse tenuto per legge o per disposizioni aventi comunque carattere obbligatorio, delle quali la presente costituisce un complemento, pur essendo completamente separata ed indipendente.

Gli Assicurati sono esentati dall'obbligo di comunicare l'esistenza di altre assicurazioni stipulate da loro stessi o da altri a copertura degli stessi rischi assicurati con il presente contratto.

In caso di sinistro si farà luogo all'applicazione del disposto dell'art. 1910 del C.C. per le sole garanzie che rappresentino un rimborso di spese sostenute (ad es. rimborso spese mediche) e solo in questo caso l'Assicurato sarà tenuto a comunicare alla Società l'esistenza di altre coperture per gli stessi rischi.

### **Art.3 - Durata del contratto**

Il contratto ha la durata indicata in frontespizio e cesserà irrevocabilmente alla scadenza del detto periodo.

Il Contraente ha facoltà, con preavviso non inferiore ai trenta giorni antecedenti la scadenza, richiedere alla Società una proroga temporanea della presente assicurazione, finalizzata all'espletamento delle procedure di aggiudicazione.

La Società a fronte della corresponsione del relativo rateo di premio si impegna sin d'ora a prorogare in tal caso l'assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche per il periodo di 180 giorni decorrenti dalla scadenza contrattuale.

### **Art.4 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia**

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza ancorché il premio venga versato entro i 30 giorni successivi al medesimo.

La deroga dei termini di pagamento di cui al primo comma del presente articolo si applica anche ad ogni appendice a titolo oneroso emessa a variazione del contratto, salvo quanto indicato all'art 2 della Sezione 1 (attivazione di nuove categorie).

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, 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.

I premi devono essere pagati alla Società Assicuratrice per il tramite del Broker incaricato della gestione del contratto.

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.

#### **Art.5 – Regolazione del premio**

Poiché il premio è convenuto in tutto o in parte in base ad elementi di rischio variabile, esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza (Sezione 6) 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 180 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione il Contraente deve fornire per iscritto alla Società i dati necessari per il conteggio del premio consuntivo.

Le differenze attive o passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei 60 giorni successivi al ricevimento da parte del Contraente dell'apposita appendice ritenuta corretta di regolazione emessa dalla 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 30 giorni dandone comunicazione scritta, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto od a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo annuo per il quale non ha avuto luogo la regolazione od il pagamento della differenza attiva e la garanzia resta sospesa fino alle ore 24.00 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto i suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

In caso di mancata comunicazione dei dati di regolazione o di mancato pagamento del premio di conguaglio non dovuti a comportamento doloso del Contraente, gli eventuali sinistri potranno essere indennizzati nella stessa proporzione esistente tra il premio versato a deposito e l'intero premio dovuto (deposito più conguaglio).

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie gli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società deve fissargli lo stesso termine di 30 giorni trascorso il quale, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, la Società stessa non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

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

#### **Art.6 - Recesso a seguito di sinistro**

Dopo ogni sinistro e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o dal rifiuto dello stesso, la Società ed il Contraente hanno facoltà di recedere dal contratto con preavviso di 120 (centoventi) giorni da darsi con lettera raccomandata. Si precisa che il computo dei 120 giorni decorre dalla data di ricevimento della suddetta raccomandata. In ambedue i casi di recesso la Società rimborserà al Contraente i ratei di premio pagati e non goduti, escluse le imposte.

#### **Art.7 - Modifiche dell'assicurazione**

Le eventuali modifiche alla presente polizza debbono essere provate per iscritto.

#### **Art.8 - 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 (telex, mail o simili) indirizzata alla Società oppure al Broker al quale il Contraente ha conferito incarico per la gestione della polizza.

#### **Art.9 - Oneri fiscali**

Tutti gli oneri fiscali, presenti e futuri, relativi al premio, agli indennizzi, alla polizza ed agli atti da essa dipendenti, sono a carico del Contraente anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

#### **Art.10 - Foro competente**

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

#### **Art.11 - Interpretazione del contratto**

Si conviene fra le Parti che verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole all'Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di polizza.

#### **Art.13 - Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio**

La Società alle scadenze annuali, si impegna a fornire al Contraente il dettaglio (data, numero, descrizione sintetica) dei sinistri denunciati così suddiviso:

- a) sinistri riservati (con indicazione dell'importo riservato);
- b) sinistri liquidati (con indicazione dell'importo liquidato e della data di liquidazione);
- c) sinistri senza seguito/respinti (con indicazione delle motivazioni)

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.

#### **Art.14 - Coassicurazione e delega (valida solo in caso di coassicurazione)**

L'assicurazione è ripartita per quote tra le Società indicate nel riparto del premio; ciascuna di esse è tenuta alla prestazione in proporzione della rispettiva quota, quale risulta dal contratto.

Il Contraente dichiara di aver affidato la gestione del presente contratto ad Anthea Spa e le imprese assicuratrici hanno convenuto di affidarne la delega alla Società designata in frontespizio della presente polizza; di conseguenza, tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti per conto del Contraente e degli Assicurati da Anthea Spa la quale tratterà con l'impresa Delegataria informandone le Coassicuratrici.

In particolare, tutte le comunicazioni inerenti al 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 Società Delegataria sui Documenti di Assicurazione, li rende ad ogni effetto validi anche per le quote delle Coassicuratrici.

#### **Art.15 - Clausola Broker**

Alla Società Anthea S.p.a. è affidata la gestione e l'esecuzione della presente assicurazione in qualità di Broker, ai sensi degli articoli 108 e seguenti del D.Lgs. 209/2005.

Il Contraente e la Società si danno reciprocamente atto che ogni comunicazione inerente l'esecuzione della presente assicurazione avverrà per il tramite del Broker incaricato.

Pertanto, agli effetti delle condizioni della presente polizza, la Società dà atto che ogni comunicazione fatta dal Contraente/Assicurato 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/Assicurato stesso.

Nelle more degli adempimenti previsti dalla 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. La Società inoltre, riconosce che il pagamento dei premi possa essere fatto dal Contraente tramite il Broker sopra designato; resta intesa l'efficacia liberatoria anche a termine dell'art. 1901 Codice Civile del pagamento così effettuato.

Farà fede, ai fini della copertura assicurativa, la data di una comunicazione scritta del Broker alla Società Assicuratrice.

#### **Art.16 - Rinvio alle norme di legge**

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

#### **Art. 17 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 e integrazioni al fine di assicurare la tracciabilità dei movimenti finanziari relativi all'appalto. La Società si impegna a dare immediata comunicazione alla stazione appaltante ed alla prefettura-ufficio territoriale del Governo della provincia territorialmente competente, della notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria.

### SEZIONE 3 RISCHI COPERTI

#### **Art.1 - Oggetto dell'assicurazione**

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nel mondo intero nell'esercizio delle attività professionali, compreso rischio in itinere, ed extraprofessionali come indicato nelle singole categorie di cui all'art. 1 della Sez. 6 .

Sono considerati infortuni anche :

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti o le intossicazioni conseguenti ad ingestione od assorbimento di sostanze tossiche;
- contatto con corrosivi;
- le affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi o vegetali;
- l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento;
- la folgorazione;
- i colpi di sole o di calore o di freddo;
- le lesioni determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico comprese le rotture sottocutanee dei tendini;
- 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, imperizia e negligenza anche gravi compresi gli atti di temerarietà compiuti per dovere di solidarietà umana e/o legittima difesa;
- gli infortuni derivanti dall'uso o guida di ciclomotori e motocicli di qualunque cilindrata, trattori e macchine agricole semoventi, veicoli a motore e natanti, a condizione che l'Assicurato in caso di guida sia in possesso, ove prescritto, di regolare patente di abilitazione alla guida medesima anche se scaduta ma purché sussistano le condizioni per il rinnovo;
- 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;
- le complicazioni derivanti da interventi medici e chirurgici resi necessari da infortunio indennizzabile a termini di polizza;
- ernie addominali da sforzo e strappi muscolari derivanti da sforzo;
- ernie traumatiche;
- pratica non professionale di qualsiasi sport ad eccezione del paracadutismo;

#### **Art.2 - Rimborso spese mediche (valido solo se richiamato alla Sezione 6)**

La Società garantisce, in caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza e fino alla concorrenza del massimale espresso per la singola categoria nell'apposita scheda della Sezione 6, il rimborso delle spese sostenute per, a titolo esemplificativo e non limitativo, gli onorari dei medici e dei chirurghi e dell'équipe medica, delle rette di degenza in ospedali, cliniche e case di cura, dei costi e diritti di sala operatoria, dei materiali e delle apparecchiature applicati durante l'intervento chirurgico, delle spese per accertamenti diagnostici, esami di laboratorio e terapie fisiche e riabilitative, nonché delle spese farmaceutiche per medicinali prescritti dal medico curante e presidi ortopedici, resesi necessarie a seguito di infortunio. Sono inoltre compresi costi sostenuti per il trasporto tra Istituti di Cura e dall'Istituto di Cura al domicilio dell'Assicurato a mezzo auto-auto-ambulanza.

#### **Art.3 - Diaria da ricovero (valido solo se richiamato alla Sezione 6)**

La Società corrisponde, in caso di infortunio indennizzabile a termine di polizza, l'indennità giornaliera indicata nella scheda della Sezione 6 fino al limite ivi stabilito, per ogni giorno di degenza, effettuato in Istituti di Cura pubblici, accreditati o privati in Italia e all'Estero. Al fine del computo dei giorni di degenza, il giorno di entrata e quello di uscita sono computati come un singolo giorno.

Il ricovero in Day hospital non viene rimborsato.

#### **Art.4 - Diaria per gessatura (valido solo se richiamato alla Sezione 6)**

La Società corrisponde, in caso di infortunio indennizzabile a termine di polizza che comporti l'applicazione di apparecchio gessato o di tutori immobilizzanti equivalenti, l'indennità giornaliera indicata nella scheda della Sezione 6 fino al limite ivi stabilito, per ogni giorno di effettiva applicazione dell'apparecchio gessato o del tutore immobilizzante equivalente.

#### **Art.5 - Diaria per inabilità temporanea (valido solo se richiamato alla Sezione 6)**

La Società corrisponde, in caso di infortunio indennizzabile a termine di polizza che comporti una inabilità dell'Assicurato ad attendere le sue occupazioni professionali o abituali, l'indennità giornaliera indicata nella scheda della Sezione 6 fino al limite ivi stabilito, per ogni giorno di inabilità.

L'indennità è corrisposta come segue:

- a) integralmente per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica ad attendere alle attività professionali o abituali;
- b) al 50% per ogni giorno in cui l'Assicurato ha potuto attendere solo in parte alle attività professionali o abituali;

#### **Art.6 - Trasporto/ rimpatrio salma (sempre operante)**

La garanzia è estesa al rimborso delle spese sostenute per il trasporto/rimpatrio della salma dell'Assicurato, in caso di decesso a seguito di infortunio o malattia che lo colpiscano nel corso di una missione o viaggio (anche all'estero) disposto dal Contraente fino al luogo di sepoltura. La garanzia si intende prestata fino alla concorrenza di € 3.000,00= per assicurato.

#### **Art. 8 - Spese di trasporto a carattere sanitario (valido solo se richiamato alla Sezione 6)**

La Società corrisponde, in caso di infortunio indennizzabile a termine di polizza i costi documentati eventualmente sostenuti dal Contraente/Assicurato per il trasporto dal luogo dell'infortunio ad un Istituto di Cura attrezzato, e/o tra Istituti di Cura e/o dall'Istituto di Cura al domicilio dell'Assicurato. Il rimborso avverrà nei limiti di massimale indicato nell'apposita scheda della Sezione 6.

La garanzia è valida anche in caso di infortunio che colpisse l'Assicurato nel corso di una missione o viaggio all'estero disposto dal Contraente e che rendano necessario il suo trasporto, con qualsiasi mezzo ritenuto idoneo dal medico curante, in un Istituto di cura/ospedale attrezzato in Italia.

#### **Art. 9 - Danni estetici (sempre operante)**

Si conviene che in caso di infortunio non escluso dalle Condizioni della presente polizza, che produca conseguenze di carattere estetico al viso, ma che non comporti indennizzo a titolo di invalidità permanente, la Società rimborserà comunque le spese documentate sostenute dall'Assicurato per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico, nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica, il tutto entro il limite di € 5.000,00= per sinistro.

#### **Art. 10 -Rischio aeronautico**

L'assicurazione comprende gli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei effettuati in qualità di passeggero di velivoli ed elicotteri eserciti da società di traffico regolare, non regolare e di trasporto a domanda nonché da autorità civili e militari in occasione di traffico civile, da ditte e privati per attività turistica o di trasferimento e da società di lavoro aereo, esclusivamente durante il trasporto pubblico di passeggeri, ed è prestata per le somme corrispondenti a quelle assicurate con la presente polizza e per rischi da essa previsti.

Restano in ogni caso esclusi i velivoli ed elicotteri eserciti da aeroclubs

Il cumulo delle somme assicurate, con questa garanzia o con altre assicurazioni, da chiunque stipulate a favore degli stessi Assicurati per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni, non potrà superare le somme assicurate:

- € 5.000.000,00.= per il caso di invalidità permanente

- € 5.000.000,00.= per il caso morte

per persona e di:

- € 15.000.000,00.= per il caso di invalidità permanente

- € 15.000.000,00.= per il caso di morte

complessivamente per aeromobile.

In detta limitazione per aeromobile rientrano i capitali riferentisi ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze infortuni, unicamente se stipulate dallo stesso Contraente.

Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedessero gli importi sopraindicati, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno adeguate con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti.



**Art. 11 - Servizio militare**

Per quanto riguarda il personale alle dirette dipendenze dell'Ente, durante il servizio militare di leva, il servizio sostitutivo, l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale l'assicurazione resta valida ma non comprende gli infortuni subiti durante le attività militari così come definite in precedenza.

L'assicurazione è invece operante nei confronti di coloro che esplicano il servizio sostitutivo di quello militare di leva quali addetti ai corpi di polizia municipale, nonché i Volontari del Servizio Civile Nazionale L. 64/2001.

**Art. 12 - Rischio guerra**

A parziale deroga del disposto dell'Art.1 Sezione 4, 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 no), 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.

## 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 indicato all'art. 12 della Sezione 3 "Rischio guerra";
2. durante la guida e l'uso di mezzi di locomozione aerea e la guida di mezzi subacquei, salvo quanto previsto all'art. 10, Sezione 3 "Rischio aeronautico";
3. in conseguenza di dolo o di azioni delittuose dell'Assicurato;
4. sotto influenza di stupefacenti, psicofarmaci ed allucinogeni assunti volontariamente fatto salvo se dietro prescrizione medica;
5. da stato di ubriachezza alla guida di veicoli o natanti a motore in genere;
6. in conseguenza diretta od indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
7. in occasione della pratica professionale di sports e della partecipazione a gare e corse (e relative prove) che comportano l'uso o la guida di veicoli a motore e natanti, salvo che si tratti di regolarità pura;

### **Art.2 – Persone escluse dall'assicurazione o non assicurabili**

Non sono coperte dalla presente polizza :

1. fatto salvo patto speciale, le persone di età 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;
2. indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza o da infermità mentali permanenti quali schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici.

## SEZIONE 5 GESTIONE DEI SINISTRI

### **Art.1 - Denuncia del sinistro e relativi obblighi**

La denuncia dell'infortunio dovrà contenere l'indicazione del luogo, del giorno e dell'ora dell'evento, nonché le cause che lo hanno determinato, dovrà essere corredata di certificato medico ed indirizzata al broker o alla Società, entro il 30° giorno lavorativo dall'infortunio o dal momento in cui il Contraente ne abbia avuto conoscenza.

Avvenuto l'infortunio, 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, nonché le fatture, notule e ogni altro documento comprovante le spese mediche o farmaceutiche sostenute se rimborsabili.

Quando l'infortunio 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 siano espressamente comprese nell'assicurazione.

### **Art.2 - Criteri di indennizzabilità**

La Società corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio può avere esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, 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'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti.

#### **A. MORTE**

L'indennizzo per il caso di morte è dovuto se la morte stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno dell'infortunio. 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, nonché in caso di scomparsa per qualsiasi altra causa, 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.

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 convenzione.

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 per tale titolo e solo in questo caso una indennità calcolata sulla somma assicurata al momento dell'infortunio per l'invalidità permanente, come segue:

la valutazione del grado di Invalidità Permanente sarà effettuata facendo riferimento alla Tabella allegata al D.P.R. del 30.06.1965 n.1124 (Settore Industria) con rinuncia alle franchigie relative stabilite, salvo quanto diversamente disposto dal presente contratto per ogni singola categoria assicurata, nonché alle successive eventuali modificazioni ed integrazioni intervenute fino alla data di decorrenza del contratto, 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.

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.

#### D. DIARIE

Qualora sia provato che l'infortunio ha causato l'inabilità temporanea o il ricovero o l'applicazione di gessature o di tutore immobilizzante equivalente, la Società con riferimento alla natura ed alla conseguenza delle lesioni riportate dall'Assicurato, liquida la indennità giornaliera, se prevista per la categoria, integralmente. L'indennità cessa con il giorno della avvenuta guarigione risultante dal certificato medico; se però l'assicurato non trasmette tale certificato, viene considerata data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato medico regolarmente inviato. L'indennità viene corrisposta per il periodo massimo previsto alla Sezione 6 della presente polizza.

Le diarie non sono cumulabili tra loro. In caso di indennizzabilità per più diarie è data facoltà all'Assicurato di scegliere la liquidazione di quella avente durata o importo liquidabile maggiore.

#### E. SPESE MEDICHE

La Società, in caso di infortunio rientrante nella garanzia prestata, rimborsa all'Assicurato, fino alla concorrenza dell'importo convenuto con il massimo di quanto stabilito alla Sezione 6, le spese sostenute.

Le spese verranno liquidate a presentazione di fatture, notule ecc.. La liquidazione potrà avvenire anche se non si è verificata la completa guarigione dell'Assicurato.

### **Art.3 - Controversie**

In caso di controversie di natura medica sulla indennizzabilità dell'infortunio nonché sulla misura dei rimborsi o sulla liquidabilità delle indennità, le Parti (intese come Assicurato/infortunato o suoi aventi diritto e Società) si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere se ed in quale misura siano dovuti i rimborsi e le indennità a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo dalle Parti di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio medico.

Il collegio medico risiede ove ha sede l'Assicurato.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunererà il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle 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.

### **Art.4 - 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.

L'indennità viene corrisposta in Italia in Euro.

### **Art.5 - 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 – SOMME ASSICURATE, FRANCHIGIE, SCOPERTI E CALCOLO DEL PREMIO

### SCHEDA TECNICA

#### Art. 1 - Somme assicurate, franchigie e scoperti

L'assicurazione è prestata alle condizioni tutte della presente polizza per le persone appartenenti alle categorie qui di seguito evidenziate e per le garanzie e le Somme Assicurate specifiche della singola categoria.

Salvo espressa indicazione nella rispettiva categoria assicurata, il contratto non prevede l'applicazione di scoperti e franchigie.

#### Categoria A) DIRIGENTI

L'Assicurazione vale per gli infortuni subiti dagli assicurati durante nello svolgimento delle attività professionali principali e secondarie e di ogni altra attività che non abbia carattere professionale.

Il premio si intende così ripartito:

- 60 % del premio relativo al rischio professionale
- 40% del premio relativo al rischio extraprofessionale

Resta inoltre tra le Parti convenuto che:

- a) la garanzia si intende prestata anche per le malattie professionali riconosciute per l'industria dal DPR del 30-06-1965 n 1124 e successive modifiche, che si manifestino nel corso della validità dellapolizza;
- b) in caso di invalidità permanente causata da malattia professionale, la valutazione delle percentuali di invalidità permanente viene effettuata in base alla tabella annessa al DPR del 30-06-1965 n° 1124 (per l'industria) in vigore al 24 luglio 2000, con rinuncia da parte della Società all'applicazione delle franchigie relative previste dalla Legge, con l'intesa che le percentuali indicate nella tabella anzidetta vengono in ogni caso riferite ai capitali assicurati indicati in polizza per il caso di invalidità permanente assoluta e che la liquidazione viene fatta dalla Società in contanti anziché sotto forma di rendita;
- c) qualora, in conseguenza di infortunio o di una malattia professionale, l'attitudine alla capacità lavorativa specifica del dirigente risulti permanentemente ridotta in misura superiore ai 2/3 , la somma assicurata per il caso di invalidità permanente viene liquidata al 100% (cento per cento);
- d) La garanzia Invalidità Permanente da Infortunio è prestata senza applicazione di franchigia.

Essendo le somme assicurate determinate in base a multipli della retribuzione percepita dagli Assicurati, si applicano le seguenti disposizioni:

- si considerano componenti della "retribuzione annua", oltre allo stipendio, tutti gli elementi costitutivi della retribuzione aventi carattere continuativo, ivi compresi le provvigioni, i premi di produzione ed ogni altro compenso ed indennità anche se non di ammontare fisso, con l'esclusione di quanto corrisposto a titolo di rimborso spese .
- per la liquidazione delle indennità è considerata "retribuzione annua" dell'infortunato quella percepita per i titoli di cui sopra negli ultimi 12 mesi da quello in cui si è verificato l'infortunio; Nel caso in cui l'infortunato non abbia raggiunto l'anno di servizio è considerata retribuzione annua quella ottenuta moltiplicando per 365 la retribuzione media giornaliera attribuibile all'infortunato per il periodo compreso tra la data di assunzione in servizio e quella dell'infortunio.

GARANZIA	Somma Assicurata
Caso Morte	5 volte la R.A.L. con il massimo di € 600.000,00
Caso Invalidità Permanente	6 volte la R.A.L. con il massimo di € 750.000,00
Rimborso Spese mediche infortunio	€ 5.000,00

Retribuzioni preventivate	€ 175.000,00
---------------------------	--------------

### Categoria B) AMMINISTRATORI

L'Assicurazione vale per gli infortuni subiti dagli assicurati durante l'espletamento delle funzioni connesse alla carica/mansione ricoperta. L'assicurazione si intende inoltre estesa al rischio in itinere, nonché eventuali trasferte in genere. A titolo esemplificativo e non limitativo si precisa che sono comprese, anche con la partecipazione attiva e non solo di rappresentanza, tutte le attività connesse, collegate, accessorie, complementari e conseguenti, allo svolgimento del mandato nessuna esclusa né eccettuata.

Resta inoltre tra le Parti convenuto che:

- a) La garanzia Invalidità Permanente da infortunio è prestata con una franchigia relativa del 3%. Si conviene pertanto che, non si farà luogo ad indennizzo per Invalidità Permanente quando questa sia di grado non superiore al 3% della totale. Se invece essa risulterà superiore a 3% della totale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente. In caso di invalidità Permanente di grado superiore a 10% della totale, la franchigia di cui sopra si intende annullata.

Garanzia	Somma Assicurata
Caso Morte	€ 175.000,00
Caso Invalidità Permanente	€ 260.000,00
Rimborso Spese mediche infortunio	€ 5.000,00

Nr. Amministratori assicurati	3
-------------------------------	---

### Art. 2 Calcolo del premio

Categoria	Elemento variabile	Preventivo	Tasso lordo o Premio lordo pro capite	Totale
A) Dirigenti	retribuzioni	€ 500.000,00		
B) Amministratori	n. assicurati	6		

Scomposizione del premio

Premio annuo imponibile	€	
Imposte	€	
<b>TOTALE</b>	€	

### Art. 3 - Riparto di coassicurazione

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

Società	Agenzia	Percentuale di ritenzione

### Art. 4 - Disposizione finale

Rimane convenuto che si intendono operanti solo le presenti norme dattiloscritte.

La firma apposta dalla Contraente su moduli a stampa forniti dalla Società Assicuratrice vale solo quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio tra le Società partecipanti alla coassicurazione.

**IL CONTRAENTE**

**LA SOCIETÀ**