

**POLIZZA DI ASSICURAZIONE
INFORTUNI CUMULATIVA**

(Lotto n. 5)

La presente polizza è stipulata tra

GENOVA PARCHEGGI S.P.A.
V.LE BRIGATE PARTIGIANE, 1/A
16129 GENOVA
P. IVA: 03546590104

e

.....

Decorrenza ore 24.00 del	30/06/2017
Scadenza ore 24.00 del	30/06/2020
Scadenza anniversaria	30/06 di ogni anno

Le norme qui di seguito riportate annullano e sostituiscono integralmente tutte le condizioni riportate a stampa sui moduli della Compagnia Assicuratrice, eventualmente allegati alla polizza, che quindi devono intendersi annullate e prive di effetto. La firma apposta dalla Contraente su moduli a stampa vale pertanto solo quale presa d'atto del premio e dell'eventuale ripartizione del rischio tra le Società partecipanti alla Coassicurazione.

SOMMARIO

SEZIONE 1 DEFINIZIONI E IDENTIFICAZIONE DEGLI ASSICURATI

- Art.1 Definizioni
- Art.2 Identificazione degli Assicurati

SEZIONE 2 NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

- Art.1 Variazioni del rischio successivamente all'aggiudicazione del contratto
- Art.2 Assicurazione presso diversi Assicuratori
- Art.3 Durata e proroga del contratto
- Art.4 Pagamento del premio, decorrenza della garanzia e regolazione del premio
- Art.5 Revisione del prezzo
- Art.6 Recesso per sinistro
- Art.7 Prova del contratto e modifiche dell'assicurazione
- Art.8 Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società
- Art.9 Oneri fiscali
- Art.10 Foro competente
- Art.11 Interpretazione del contratto
- Art.12 Ispezioni e verifiche della Società
- Art.13 Titolarietà dei diritti nascenti dal contratto
- Art.14 Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio
- Art.15 Coassicurazione e delega
- Art.16 Clausola Broker
- Art.17 Rinvio alle norme di legge
- Art.18 Rinuncia all'azione di surroga
- Art.19 Obblighi inerenti la tracciabilità dei flussi finanziari in base alla L.n. 136/2010
- Art.20 Trattamento dei dati
- Art.21 Clausole vessatorie

SEZIONE 3 RISCHI COPERTI

- Art.1 Oggetto dell'assicurazione
- Art..1 Rischi compresi
- Art.3 Rischio volo
- Art.4 Rischio guerra
- Art.5 Estensione territoriale
- Art.6 Rischi esclusi
- Art.7 Persone non assicurabili
- Art.8 Criteri di indennizzabilità
- Art.9 Morte
- Art.10 Morte presunta
- Art.12 Invalidità permanente
- Art.13 Rimborso spese mediche
- Art.14 Diaria da ricovero/ingessatura
- Art.15 Inabilità temporanea
- Art.16 Arbitrato

Art.17	Cumulo di indennità
Art.18	Esonero denuncia infermità, difetti fisici e mutilazioni
Art.19	Identificazione delle persone assicurate – comunicazione delle variazioni
Art.20	Limite di risarcimento complessivo

SEZIONE 4 GESTIONE E LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

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

SEZIONE 6 SOMME ASSICURATE, FRANCHIGIE, SCOPERTI E CALCOLO DEL PREMIO

Art.1	Somme assicurate, scoperti e franchigie
Art.2	Calcolo del premio e modalità di applicazione della regolazione
Art.3	Riparto di coassicurazione

SEZIONE 1 DEFINIZIONI E DESCRIZIONE DELL'ATTIVITA'**Art. 1 - Definizioni**

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 o giuridica il cui interesse è protetto dalla 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 coassicuratrici;
Broker:	Marsh S.p.A., iscritta al R.U.I. al n° B000055861, quale mandatario incaricato dal Contraente della gestione ed esecuzione del contratto, riconosciuto dalla Società.
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 permanente e/o una inabilità temporanea.
Invalidità 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, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato di attendere alle attività professionali dichiarate
Istituto di cura:	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
Ricovero:	La degenza in Istituto di cura che comporti almeno un pernottamento.
Massimale per sinistro	La massima esposizione della Società per sinistro.

Art. 2 – Identificazione degli Assicurati

La presente polizza viene stipulata per tutte le categorie, riportate alla Sezione 6 "Somme assicurate, franchigie, scoperti e calcolo del premio", 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 della partecipazione all'attività della Contraente o nello svolgimento delle mansioni dichiarate dal Contraente stesso.

SEZIONE 2 NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

Art. 1 - Variazioni del rischio successivamente all'aggiudicazione del contratto

Per aggravamento del rischio si intende qualsiasi modifica dovuta a cause sopravvenute, non previste e non prevedibili, che determinano una diversa probabilità di verificarsi di un sinistro ovvero una variazione delle sue conseguenze tali che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto, la Società non avrebbe consentito l'assicurazione o l'avrebbe consentita per un premio più elevato. Le variazioni che devono essere comunicate concernono circostanze di fatto interne all'organizzazione del Contraente in grado di determinare un aggravamento del rischio rilevante. Il Contraente non è tenuto a comunicare variazioni del rischio derivanti da sopravvenienze normative ovvero da modifiche degli orientamenti giurisprudenziali conseguenti a pronunce di merito o di legittimità.

Qualsiasi circostanza intervenuta successivamente all'aggiudicazione del contratto di assicurazione, che comporti una variazione del rischio, ai sensi del precedente comma, deve essere comunicata per iscritto dal Contraente alla Società entro trenta giorni dall'intervenuta conoscenza.

Nel caso di diminuzione del rischio, la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successivi alla comunicazione del Contraente ai sensi dell'art. 1897 C.C. con rinuncia al relativo diritto di recesso

Art. 2 - Assicurazione presso diversi Assicuratori

Il Contraente è esonerato dalla comunicazione preventiva alla Società dell'esistenza di altre eventuali assicurazioni che i singoli assicurati avessero in corso o stipulassero in proprio per lo stesso rischio. Quindi la polizza opererà indipendentemente dall'esistenza di altre polizze in essere.

Art. 3 – Durata e proroga del contratto

Il presente contratto decorre dalle ore 24 del 30/06/2017 fino alle ore 24 del 30/06/2020 (scadenza anniversaria 30 Giugno di ogni anno).

L'assicurazione non è soggetta a tacito rinnovo, pertanto alla sua naturale scadenza sarà priva di effetto.

Tuttavia alle parti è concessa la facoltà di rescindere il contratto ad ogni scadenza annuale con lettera raccomandata da inviarsi tre mesi prima della suddetta scadenza.

Ove ne ricorrano le condizioni previste dalla legge, il Contraente potrà richiedere, in accordo tra le parti, il rinnovo del contratto per una durata massima pari a quella originaria inoltrando richiesta scritta alla Società entro 60 giorni antecedenti la scadenza.

E' comunque facoltà del Contraente, con preavviso non inferiore a 15 giorni antecedenti la scadenza o la cessazione per recesso dovuto a sinistro ed in ottemperanza alle vigenti norme di Legge, richiedere alla Società di prorogare temporaneamente la presente assicurazione, al fine di espletare o completare le procedure di aggiudicazione della nuova assicurazione. 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 un periodo massimo di 180 giorni decorrenti dalla scadenza contrattuale. Tale facoltà può essere esercitata una o più volte, ma comunque per un periodo massimo di 180 giorni complessivamente.

La Società si impegna altresì a concedere la proroga tecnica della presente assicurazione in tutti i casi di recesso o risoluzione anticipata del contratto.

Art. 4 - Pagamento del premio, decorrenza della garanzia e regolazione del premio

Il premio dell'Assicurazione viene corrisposto dal Contraente con applicazione di una rateazione annuale all'attivazione della polizza, ossia al 30/06/2017 e al 30/06 di ogni scadenza anniversaria.

Il Contraente è tenuto a pagare il premio dell'assicurazione stabilito nella polizza, con applicazione a ciascuna delle rispettive scadenze, anche in caso di rinnovo o proroga, di una mora di 60 giorni. Pertanto l'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza (30/06/2017), se la prima rata di premio è stata pagata entro i 60 giorni successivi.

Se il Contraente, entro il termine di mora, non paga il premio o la prima rata di premio, i premi successivi 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 (art. 1901 C.C.).

I premi potranno essere pagati alla Direzione della Società o alla sede dell'Agenzia alla quale è assegnata la polizza, anche per il tramite del broker.

Il premio è convenuto in base ad elementi di rischio variabile. Esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto 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.

In relazione alle variazioni verificatesi relativamente agli enti assicurati durante il periodo assicurativo annuale, le somme assicurate sono soggette ad adeguamento, in aumento o diminuzione, ed il relativo premio, attivo o passivo, sarà dovuto alla fine di ogni periodo assicurativo annuale nella seguente misura:

- a) Per gli enti di nuova acquisizione o alienati, nonché in caso di variazione delle valorizzazioni degli enti già assicurati, il Contraente comunicherà, entro 90 giorni dalla scadenza di ciascun periodo assicurativo, la loro valutazione. La Società, sulla base dei dati disponibili, provvederà alla regolazione del premio per le variazioni intervenute durante il periodo assicurativo trascorso come segue:
 - Sui saldi dei valori in aumento verrà calcolato il 50% del premio annuo che il Contraente è tenuto a corrispondere.
 - Sui saldi in riduzione la Società si impegna a rimborsare il 50% del premio per l'annualità in corso.
- b) Per gli enti acquisiti temporaneamente dall'Assicurato durante il periodo assicurativo, il Contraente comunicherà entro 90 giorni dalla scadenza di ciascun periodo assicurativo, il valore di detti enti ed il periodo effettivo di detenzione degli stessi. Sulla base dei dati forniti, la Società provvederà a computare il premio dovuto dal Contraente che questi corrisponderà unitamente alla regolazione di cui al punto a) del presente articolo.

Contestualmente la Società provvederà ad adeguare il premio di rinnovo sulla base delle variazioni intervenute nei valori delle singole partite computando le differenze attive o passive sulla base del 100% del premio annuo per singola partita. Le differenze passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei 60 giorni successivi al ricevimento da parte della Società dell'apposita appendice, ritenuta corretta di regolazione emessa dalla stessa e sottoscritta dal Contraente.

Se il Contraente non effettua nel termine anzidetto la comunicazione dei dati, la Società deve fissargli, mediante atto formale di messa in mora, un ulteriore termine non inferiore a 30 giorni dandone comunicazione scritta. Nel caso che entro il termine sopra indicato il Contraente non abbia inoltrato alcuna comunicazione si intenderà che i valori delle partite assicurate non hanno subito variazioni durante l'annualità trascorsa.

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 regolazione).

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

Ai sensi dell'art. 48 del DPR 602/1973 la Società da atto che:

- a) l'Assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuata dal Contraente ai sensi del D. M. E. F. del 18 gennaio 2008 n° 40, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'art. 3 del Decreto.

Il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'art. 72 bis ai sensi dell'art. 72 bis del DPR 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 c.c. nei confronti della Società stessa.

Art. 5 - Revisione del prezzo (efficace solo se accettata l'opzione migliorativa di cui all'art.6 – Recesso della Società)

Al verificarsi delle ipotesi di variazione del rischio previsti all'Art. 1 - "Variazioni del rischio successivamente all'aggiudicazione del contratto", ovvero nel caso in cui l'ammontare dei sinistri pagati dalla Società sommato al computo degli importi posti a riserva dalla Società per i sinistri non ancora pagati, risulti eccedere, alla data della richiesta, l'ammontare del premio, al netto delle imposte, pagato dal Contraente o oggetto di regolazione per il medesimo periodo di oltre il 20%, la Società, decorsi almeno 180 giorni dall'inizio dell'Assicurazione, potrà richiedere,

ai sensi dell'art. 106 del D.Lgs. n° 50/2016, la modifica delle condizioni di premio in misura massima pari all'eccedenza riscontrata, ma non oltre il 50% del premio originario. A tal fine si precisa che, ai soli fini del calcolo revisionale, nel rapporto sinistri a premi di cui al precedente comma, verrà computato solo il 75% degli importi posti a riserva dalla Società per i sinistri riservati e non ancora pagati.

Il Contraente, entro 15 giorni, a seguito della relativa istruttoria e tenuto conto delle richieste formulate, decide in ordine alle stesse, formulando la propria controproposta di revisione. In caso di accordo tra le parti, si provvede alla modifica del contratto a far data dall'accordo stesso; qualora sia pattuito un aumento dei premi, il Contraente provvede a corrispondere l'integrazione del premio nei termini di cui all'art. 4 "Pagamento del premio, decorrenza della garanzia e regolazione del premio".

Art. 6- Recesso della Società (*Opzione base*)

Dopo ogni sinistro e fino al 60 giorno dal pagamento o dal rifiuto dell'indennizzo, la Società ed il Contraente hanno facoltà di recedere dal contratto con preavviso di 90 giorni da darsi con lettera raccomandata. Il computo dei 90 giorni decorre dalla data di ricevimento della suddetta raccomandata da parte del Contraente. In ambedue i casi di recesso la Società rimborserà al Contraente i ratei di premio pagati e non goduti, escluse le imposte, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso.

Art. 6- Recesso della Società (*Opzione migliorativa: vale 15 punti*)

La Società ha diritto di recedere dal contratto esclusivamente nei seguenti casi con le modalità di seguito indicate:

Art. 6.1 – Recesso per dichiarazioni inesatte o reticenze del Contraente

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del contraente, relative a circostanze tali che la Società non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, consentono, qualora il contraente abbia agito senza dolo o colpa grave, alla Società di recedere dal contratto stesso con un preavviso non inferiore a 90 giorni, mediante dichiarazione da inviare dalla Società al Contraente entro e non oltre tre mesi dal giorno in cui la Società ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.

Nella fattispecie di cui al precedente comma, qualora si verifichi un sinistro prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dalla Società, o prima che questa abbia dichiarato di recedere dal contratto, la Società è comunque tenuta, in deroga a quanto previsto dal comma 2 dell'art. 1893 c.c., al pagamento dell'indennizzo per l'intero.

Art. 6.2 – Recesso per aggravamento del rischio

Dopo il trentesimo giorno successivo alla proposta di cui all'art. 5 "Revisione del prezzo", presentata dalla Società, ovvero al termine della trattativa instaurata ai sensi del comma 2 del medesimo articolo, in caso di mancato accordo tra le parti, la Società può recedere dal contratto di assicurazione con preavviso non inferiore a 90 giorni, da comunicarsi al Contraente tramite Raccomandata AR (posta elettronica certificata).

Norme comuni a tutte le ipotesi di recesso (vale sia per opzione base che migliorativa)

La Società, entro 30 (trenta) giorni dalla data d'efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta governativa, relativa al periodo di rischio non corso. Ai fini del rimborso si tiene conto di eventuali importi dovuti dal Contraente.

In tutte le ipotesi di recesso la Società congiuntamente alla volontà espressa di recedere dal contratto dovrà fornire, nella comunicazione stessa di recesso, al Contraente tutti i dati di cui all'art. 14 – "Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio" necessari per la redazione del bando di gara per l'affidamento del nuovo contratto assicurativo. Si precisa che il recesso non produce effetto in caso di mancata produzione dei dati richiamati.

Art. 7 - Prova del contratto e modifiche dell'assicurazione

Le eventuali modifiche alla presente polizza debbono essere provate per iscritto e sottoscritte dalle Parti. Eventuali variazioni che comportino aumenti di premio si ritengono operanti dalla decorrenza richiesta, fermo restando il pagamento del relativo premio entro 60 giorni dalla ricezione dell'appendice di variazione formalmente ritenuta corretta.

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), PEC od altro mezzo certo (telefax o simili) indirizzata all'Agenzia alla quale è assegnato il contratto, o alla Società, oppure al Broker al quale il Contraente ha conferito incarico per la gestione della polizza.

Art. 9 - Oneri fiscali

Tutti gli oneri, presenti e futuri, relativi al premio 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 (Opzione base)

Si conviene fra le Parti che, in caso di dubbio nell'interpretazione anche di una delle condizioni di polizza, si dovrà intendere che le stesse devono interpretarsi in senso conforme a quello in cui tali condizioni possano essere ritenute legittime e non contrarie a disposizione di legge; in ogni caso, verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole all'Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di polizza.

Art. 11 - Interpretazione del contratto (Opzione migliorativa: vale 10 punti)

Si conviene fra le Parti che, in caso di dubbio nell'interpretazione anche di una delle condizioni di polizza, si dovrà intendere che le stesse devono interpretarsi in senso conforme a quello in cui tali condizioni possano essere ritenute legittime e non contrarie a disposizione di legge; in ogni caso, verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole all'Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di polizza.

Il Contraente dichiara, e la Società ne prende atto, che attraverso il presente contratto, il medesimo intende dare corso alla più ampia tutela degli specifici interessi inerenti l'oggetto dell'Assicurazione ed in relazione a ciò si impegna e garantisce l'intenzione di eseguire secondo buona fede e correttezza ogni adempimento previsto a proprio carico dalle Condizioni tutte di Polizza. La Società parimenti dichiara che, sin d'ora, rinuncia ad eccepire l'inoperatività della garanzia in conseguenza di inesatta, incompleta, ritardata od omessa esecuzione, da parte del Contraente di ogni e qualunque adempimento inerente la stipulazione e la gestione amministrativa della Polizza, inclusa l'esecuzione della stessa in caso di sinistro, purché ascrivibile ad atti od omissioni commessi in assenza di dolo dal Contraente o dalle persone del cui operato lo stesso deve rispondere. Resta inteso che il Contraente dovrà provvedere nel più breve tempo possibile all'esecuzione, rettifica, correzione, integrazione, completamento degli atti e comportamenti dovuti, nonché al pagamento del premio, o maggior premio, eventualmente spettante alla Società, nonché degli interessi di mora alla stessa dovuti nel caso in cui il ritardo nel pagamento abbia ecceduto i 60 giorni. Fermo restando quanto precedentemente previsto, si precisa, a maggior chiarimento, che le disposizioni di cui al presente comma non modificano il contenuto e l'estensione della garanzia assicurativa secondo le disposizioni normative ed economiche previste dalla presente Polizza.

Art. 12 – Ispezioni e verifiche della Società

La Società ha sempre il diritto di ispezionare il rischio, visitando e verificando gli enti assicurati, potendo accedere, a mero titolo esemplificativo e non esaustivo, a beni mobili ed immobili, luoghi, libri e registri, documenti amministrativi, ogni altro documento probatorio, atti, contratti, ecc... L'Assicurato ha l'obbligo di fornire tutte le occorrenti indicazioni ed informazioni. Tutti gli oneri relativi a tali ispezioni sono posti per intero a carico della Società.

Le ispezioni possono essere effettuate da personale dipendente della Società ovvero da soggetti terzi da essa incaricati, in quest'ultimo caso previo benessere dell'Assicurato

Art. 13 – Assicurazione per conto di chi spetta – Titolarità dei diritti nascenti dal contratto

La presente polizza è stipulata dal Contraente in nome proprio e/o nell'interesse di chi spetta.

Art. 14 - Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio (Opzione base)

La Società:

1. entro 60 giorni dal termine di ciascuna annualità assicurativa,
2. entro 180 giorni antecedenti la scadenza finale del contratto,
3. nonché, in ogni caso di risoluzione anticipata del contratto, contestualmente all'esercizio del recesso,
4. oltre la scadenza contrattuale, al 31.12 di ogni anno e fino alla completa definizione di tutti i sinistri compresi i riservati

si impegna a fornire al Contraente, in formato elettronico Microsoft Excel® o altro supporto informatico equivalente purché editabile, il dettaglio dei sinistri, aggiornato a non oltre i 60 giorni precedenti, così articolato:

sinistri denunciati con indicazione del numero di sinistro attribuito dalla Società, data di accadimento dell'evento, data di denuncia, descrizione dell'evento, nonché lo stato del sinistro come di seguito elencato:

- a) sinistri riservati con indicazione dell'importo a riserva;
- b) sinistri pagati parzialmente con indicazione dell'importo già liquidato e la data di pagamento;
- c) sinistri liquidati con indicazione dell'importo liquidato e la data di pagamento;
- d) sinistri senza seguito;
- e) sinistri respinti.

La Società espressamente riconosce che le previsioni tutte contenute nella presente clausola contrattuale:

- la impegnano a redigere il documento di cui sopra secondo un'accurata ed aggiornata informativa;
- rappresentano un insieme di obbligazioni considerate essenziali per la stipulazione ed esecuzione del presente contratto assicurativo, in quanto necessarie a rendere tempestivamente ed efficacemente edotto il Contraente circa gli elementi costitutivi e qualificanti del rapporto contrattuale con la Società.

Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al Contraente di chiedere ed ottenere, con il consenso della Società, un aggiornamento in date diverse da quelle indicate.

Art. 14 - Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio (Opzione migliorativa: vale 5 punti)

Pena l'applicazione della penale di cui all'ultimo comma del presente articolo, la Società:

1. entro 60 giorni dal termine di ciascuna annualità assicurativa,
2. entro 180 giorni antecedenti la scadenza finale del contratto,
3. nonché, in ogni caso di risoluzione anticipata del contratto, contestualmente all'esercizio del recesso,
4. oltre la scadenza contrattuale, al 31.12 di ogni anno e fino alla completa definizione di tutti i sinistri compresi i riservati

si impegna a fornire al Contraente, in formato elettronico Microsoft Excel® o altro supporto informatico equivalente purché editabile, il dettaglio dei sinistri, aggiornato a non oltre i 60 giorni precedenti, così articolato:

sinistri denunciati con indicazione del numero di sinistro attribuito dalla Società, data di accadimento dell'evento, data di denuncia, descrizione dell'evento, nonché lo stato del sinistro come di seguito elencato:

- a) sinistri riservati con indicazione dell'importo a riserva;
- b) sinistri pagati parzialmente con indicazione dell'importo già liquidato e la data di pagamento;
- c) sinistri liquidati con indicazione dell'importo liquidato e la data di pagamento;
- d) sinistri senza seguito;
- e) sinistri respinti.

La Società espressamente riconosce che le previsioni tutte contenute nella presente clausola contrattuale:

- la impegnano a redigere il documento di cui sopra secondo un'accurata ed aggiornata informativa;
- rappresentano un insieme di obbligazioni considerate essenziali per la stipulazione ed esecuzione del presente contratto assicurativo, in quanto necessarie a rendere tempestivamente ed efficacemente edotto il Contraente circa gli elementi costitutivi e qualificanti del rapporto contrattuale con la Società.

Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al Contraente di chiedere ed ottenere, con il consenso della Società, un aggiornamento in date diverse da quelle indicate.

In caso di inadempienza da parte della Società, il Contraente provvederà a formalizzare contestazione scritta a mezzo di raccomandata con ricevuta di ritorno assegnando alla Società non oltre 10 giorni naturali e consecutivi per adempiere ovvero per produrre controdeduzioni. Laddove la Società persista nell'inadempimento e ove le controdeduzioni non fossero pervenute entro il termine prescritto o non fossero ritenute idonee, verrà applicata una penale nella misura di € 25,00 a valere sull'ammontare della cauzione definitiva per ogni giorno di ritardo nell'inadempimento rispetto ai termini indicati dal Contraente e per l'esecuzione delle prestazioni contrattuali.

Art. 15 - Coassicurazione e delega

Qualora l'assicurazione fosse ripartita per quote determinate tra Società ai sensi dell'art. 1911 del c.c., le stesse devono essere indicate nel riparto allegato alla Polizza, ferma restando - in deroga al medesimo articolo 1911 c.c. - la responsabilità solidale di tutte le Imprese coassicurate nei confronti del Contraente e dell'Assicurato per le obbligazioni assunte con la stipula dell'Assicurazione.

La Spettabile, all'uopo designata Coassicuratrice Delegataria, dichiara di aver ricevuto mandato dalle coassicuratrici indicate nel riparto a:

- firmare la Polizza e gli atti sopraindicati anche in loro nome e per conto e ciò vale anche per il presente atto,
- incassare i premi dell'Assicurazione e pagare gli indennizzi,
- ricevere e inviare ogni comunicazione relativa all'Assicurazione, ivi incluse quelle relative a proroghe e recesso, in nome proprio e per conto delle Coassicuratrici.

Resta inteso che al pagamento dell'indennizzo, in virtù della disposizione suindicata, sono obbligate solidalmente tutte le Imprese Coassicurate, per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

Art. 16 - Clausola Broker

Per l'assistenza nella presente procedura, la Stazione Appaltante dichiara di essersi avvalsa e di avvalersi del servizio di brokeraggio assicurativo, ai sensi del D.Lgs. 209/2005, da parte di **Marsh S.p.A. con sede operativa in Genova – Viale Padre Santo, n. 5 -Tel. 010/837391 Fax: 010/8373932**, di conseguenza tutti i rapporti inerenti i contratti oggetto della presente gara saranno gestiti, per conto della Stazione Appaltante dal broker.

La remunerazione del broker, pari al **1,29%** è parte dell'aliquota riconosciuta dalla Compagnia alla propria rete di vendita diretta e non potrà quindi, in ogni caso, rappresentare un costo aggiuntivo per l'Amministrazione appaltante.

La Società riconosce che ogni comunicazione relativa alla presente assicurazione avverrà per il tramite del broker e tutti i rapporti inerenti la presente assicurazione saranno svolti per conto del Contraente e dell'Assicurato dal Broker medesimo. Ai sensi della legislazione vigente, la Società dichiara che il broker è autorizzato ad incassare i premi o le rate di premio, con effetto liberatorio nei confronti della Società stessa. Pertanto, il pagamento del premio eseguito in buona fede dal Contraente al broker si considera come effettuato direttamente alla Società.

Art. 17 - Rinvio alle norme di legge

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

Art. 18 – Rinuncia alla surrogazione

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

Art. 19 – Obblighi inerenti la tracciabilità dei flussi finanziari in base alla L. n. 136/2010

La Società appaltatrice è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi di tracciabilità previsti dalla legge n. 136/2010.

Nel caso in cui la Società, nei rapporti nascenti con i propri eventuali subappaltatori, subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, abbia notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria di cui all'art. 3 della legge n. 136/2010 ne dà immediata comunicazione alla Stazione Appaltante ed alla Prefettura- Ufficio territoriale del Governo della Provincia ove ha sede la Stazione appaltante.

L'Amministrazione può verificare, in occasione di ogni pagamento all'appaltatore e con interventi di controllo ulteriori, l'assolvimento da parte dello stesso, dei subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, agli obblighi relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari.

La Società s'impegna a fornire ogni documentazione atta a comprovare il rispetto, da parte propria nonché dei subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, degli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla legge n. 136/2010.

Secondo quanto previsto dall'art. 3 comma 9 bis della legge n. 136/2010, il mancato utilizzo del bonifico bancario o postale ovvero degli altri strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni, nelle transazioni finanziarie relative a pagamenti effettuati dagli appaltatori, subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, costituisce causa di risoluzione del contratto ai sensi dell'art. 1456 c.c.. La risoluzione si verifica quando la parte interessata dichiara all'altra che intende valersi della presente clausola risolutiva. La risoluzione, in base all'art. 1458 c.c., non si estende alle obbligazioni della Società derivanti da sinistri verificatisi antecedentemente alla risoluzione del contratto.

Art. 20 – Trattamento dei dati

Ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003, ciascuna delle parti (Contraente, Assicurato, Società, Broker) consente il trattamento dei dati personali rilevabili dalla polizza o che ne derivino, per finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali.

Art. 21 – Clausole vessatorie

Ad ogni effetto di legge, nonché ai sensi dell'art. 1341 del Codice Civile, il Contraente e la Società dichiarano di approvare specificatamente le disposizioni degli articoli seguenti delle Norme che regolano l'Assicurazione in Generale:

Art.....

Art.....

Art.....

Art.....

Art.....

Art.....

<L'indicazione delle suddette clausole è a carico della Società aggiudicataria, che dovrà provvedervi prima della stipula e segnatamente nel termine indicato nel Disciplinare di gara.>

SEZIONE 3 RISCHI COPERTI

Art.1 – Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni che gli Assicurati tutti di cui alla **Sezione I – Amministratori** subiscano nello svolgimento delle funzioni derivanti dalla carica dagli stessi ricoperta.

A titolo esemplificativo e non esaustivo o limitativo si dettaglia che sono compresi in garanzia gli infortuni sofferti durante la partecipazione alle riunioni documentate dagli appositi verbali e registri o nel corso dello svolgimento di ogni altra funzione inerente alla carica da ciascuno specificatamente svolta, compresi trasferimenti o missioni con qualunque mezzo, pubblico o privato, effettuato purché risultanti da mandato desumibile dai verbali, registrazioni, relazioni, lettere di incarico e quant'altro, documentazione tutta che il Contraente si obbliga ad esibire su richiesta della Società.

L'assicurazione vale per gli infortuni che gli Assicurati tutti di cui alla Sezione II – Dirigenti subiscano ovinque nel mondo, in occasione di:

- attività professionali principali e secondarie, nonché dalle eventuali diverse attività professionali non dichiarate che, in base alle effettive caratteristiche del rischio, non avrebbero determinato alcun aumento del premio;
ogni altra attività non avente carattere professionale.

Art.1.1 – Rischi compresi

La garanzia comprende i seguenti eventi:

- a) Colpi di sole, di calore ed altre conseguenze termiche
- b) Annegamento
- c) Asfissia non di origine morbosa
- d) Assideramento ed il congelamento
- e) Folgorazione
- f) Strappi muscolari derivanti da sforzo
- g) Avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze
- h) Alterazioni patologiche conseguenti a lesioni, morsi di animali e punture di insetti, escluse la malaria e le malattie tropicali
- i) Infortuni subiti in stato di malore di incoscienza o conseguenti a colpi di sonno
- j) Infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche grave
- k) Infortuni derivanti da tumulti popolari o da atti di terrorismo, vandalismo, attentati a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva,
- l) Infortuni subiti in conseguenza di calamità naturali costituite da terremoto, maremoto, eruzione vulcanica, alluvioni, inondazioni e fenomeni connessi
- m) Contatto con corrosivi
- n) Infortuni derivanti dall'uso e guida di tutti i veicoli a motore, natanti e subacquei
- o) Infortuni subiti durante i viaggi aerei (rischio volo)
- p) Lesioni causate da sforzi, esclusi gli infarti (relativamente alle ernie si veda quanto stabilito alla lettera B delle Condizioni Particolari)
- q) Lesioni corporali subite per legittima difesa o per dovere di solidarietà umana

Art. 2 – Rischio volo

L'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi in aereo, per motivi connessi all'attività lavorativa, effettuati in qualità di passeggero, su velivoli od elicotteri da chiunque eserciti tranne che :

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

Il viaggio in aereo si intende iniziato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso.

Art. 3 – Rischio guerra

Le garanzie valgono anche per gli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata), per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero.

Art. 4 – Estensione territoriale

La validità dell'assicurazione è estesa al mondo intero, con l'intesa che la valutazione e la liquidazione dei danni vengano effettuate in Italia, con pagamento degli indennizzi in Euro.

Art. 5 – Rischi esclusi

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti :

- a) da guerra ed insurrezione, salvo quanto previsto all'art. 2.17) delle Condizioni Particolari;
- b) da atti terroristici posti in essere tramite l'uso di sostanze nucleari, biologiche, batteriologiche o chimiche;
- c) dalla partecipazione a gare e corse (e relative prove) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore;
- d) da stato di ebbrezza od alterazione psichica dovuta ad uso di sostanze stupefacenti, alcoolismo o tossicodipendenza;
- e) da proprie azioni delittuose;
- f) gli infortuni che siano conseguenza diretta od indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo e di radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche e da esposizioni a radiazioni ionizzanti;
- g) le conseguenze di operazioni chirurgiche e di accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio

Art. 6 – Persone non assicurabili

L'assicurazione vale per persone di età non superiore a 80 anni. Per quelle che superano tale limite di età, l'assicurazione cessa alla prima scadenza annuale del premio senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti successivamente, premi che in tal caso verranno restituiti. Non sono altresì assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco depressive o stati paranoici. L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi.

Art. 7 – Denuncia del sinistro e relativi obblighi

La denuncia dell'infortunio, con la descrizione dell'evento e delle cause che lo determinano, corredata anche successivamente di certificato medico, deve essere fatta per iscritto alla Società entro 30 giorni dal sinistro o dal momento in cui il Contraente o l'Assicurato o i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità, a parziale deroga dell'Art.1913 Codice Civile.

Art. 8 – Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennizzo 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 considerati 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 questo avesse interessato una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivato dalle condizioni preesistenti, fermo quanto stabilito dalla norma "Invalidità permanente".

Art. 9 – Morte

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifichi entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida ai beneficiari designati la somma assicurata per il caso di morte. In difetto di designazione, la Società liquida la detta somma, in parti uguali, agli eredi.

Art. 10 – Morte presunta

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza il corpo dell'Assicurato scompaia o non venga ritrovato e si presume sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà il capitale previsto per il caso di morte. La liquidazione, sempre che non siano nel frattempo emersi elementi tali da rendere il danno non indennizzabile, non avverrà prima che siano trascorsi 180 giorni dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta proposta a termini degli art. 60 e 62 del Codice civile. Nel caso che, successivamente al pagamento, risulti che la morte non si è verificata o che comunque non è dipesa da infortunio indennizzabile, la Società avrà diritto al rimborso dell'intera somma liquidata. A restituzione dell'intera somma liquidata, l'Assicurato non deceduto potrà far valere i propri diritti per l'Invalidità eventualmente subita o residua, anche se nel frattempo fossero trascorsi altri due anni dall'evento subito e quindi senza che possano, da parte della Società, essere invocati eventuali termini di prescrizione che, tutt'al più, decorreranno da quel momento. L'indennizzo per il caso di morte è dovuto anche se la morte stessa si verifica entro due anni dal giorno dell'infortunio ed anche successivamente alla scadenza della polizza.

Art. 11 – Invalidità permanente

Se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente e questa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida per tale titolo, secondo le disposizioni seguenti, una indennità calcolata sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, secondo le percentuali previste dalla tabella di cui all'allegato 1 alla Legge 30.06.1965 n. 1124 e successive modifiche e integrazioni in vigore fino al 24/07/2000, con rinuncia della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge e con la pattuizione che, qualora per la quantificazione del danno siano previste tabelle per la parte destra e per la parte sinistra del corpo, troverà comunque applicazione la tabella prevista per la parte destra, indipendentemente dalla parte colpita dal sinistro.

La perdita totale e irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali sopra indicate 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%.

Per le singole falangi terminali delle dita della mano, escludendo il pollice, si considera invalidità permanente soltanto l'asportazione totale delle falangi stesse.

L'indennità per la perdita funzionale e 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 nella sopra menzionata tabella, l'indennità è stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi elencati, della misura in cui risulta 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 minorato, le percentuali sopra indicate sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Art. 12 – Rimborso spese mediche a seguito di infortunio

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, la Società rimborsa, fino alla concorrenza del massimale annuo assicurato in polizza per la garanzia "Rimborso spese sanitarie a seguito di infortunio", le spese di carattere sanitario direttamente conseguenti e sostenute:

- a) durante il ricovero in istituto di cura pubblico o privato (rette degenza, onorari medici, chirurgo, aiuto chirurgo, anestesista, materiale di intervento, diritti di sala operatoria, medicinali);
- b) per intervento chirurgico ambulatoriale;
- c) per visite mediche specialistiche e acquisto di medicinali;

- d) per applicazione di apparecchi gessati, bendaggi e docce di immobilizzazione, artroscopia diagnostica ed operativa;
- e) per analisi ed accertamenti:
 - diagnostici strumentali anche specialistici quali ad esempio: tac, Ecografia, doppler holter, scintigrafia, risonanza magnetica nucleare;
 - diagnostici di laboratorio, per esami clinici, immunologici, microscopici;
 - diagnostici radiologici, radioscopie, radiografie, stratigrafie, angiografie;
- f) per terapie fisiche anche specialistiche quali ad esempio: laserterapia, chiroterapia, chinesiterapia, trazioni vertebrali, ultrasuoni, marconiterapia, massoterapia;
- g) per presidi ortopedici, limitatamente a: corsetti ortopedici per scoliosi ed artrosi, protesi e tutori di funzione arti superiori ed inferiori o tronco, protesi oculari;
- h) per interventi di chirurgia plastica ricostruttiva volti ad eliminare danni estetici conseguenti all'infortunio denunciato;
- i) per cure termali effettuate nei 90 giorni successivi all'infortunio denunciato;
- j) per trasporto dell'Assicurato con qualsiasi mezzo dal luogo dell'infortunio all'istituto di cura o posto di pronto soccorso;

La presente garanzia viene prestata con uno scoperto del 10% e con un minimo di e 150,00 a carico dell'Assicurato per ogni sinistro, intendendosi per tale l'intero ciclo di cura relativo allo stesso infortunio.

Il rimborso viene effettuato dalla Società a guarigione clinica ultimata su presentazione, in originale dei documenti giustificativi debitamente quietanzati (notule del medico, ricevute del farmacista, conti dell'ospedale o clinica, ect)

A richiesta dell'assicurato la Società restituisce i predetti originali, previa apposizione della data di liquidazione.

Art. 13 – Diaria da ricovero – ingessatura

La Società in caso di ricovero in ospedale o clinica a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, corrisponde all'Assicurato l'indennizzo giornaliero stabilito per ogni giorno di degenza e per una durata massima di 90 giorni per evento. L'indennizzo decorre dal giorno di ricovero ed avrà termine il giorno di dimissione dall'ospedale o dalla clinica.

La denuncia del ricovero alla Società, corredata da certificato medico deve essere inviata entro 8 (otto) giorni dal ricovero stesso. La liquidazione dell'indennizzo avrà luogo a degenza ultimata e previa presentazione alla Società della cartella clinica con l'indicazione della natura dell'infortunio nonché del giorno di dimissione dall'ospedale o clinica.

Nel caso che l'Assicurato, in conseguenza di infortunio, necessiti di gessatura ad uno o più arti, la Società si impegna a corrispondere all'avente diritto, l'indennizzo giornaliero dal giorno del ricovero, ovvero, in mancanza di questo, dal giorno d'applicazione della gessatura a quello della rimozione.

Parimenti, la garanzia opera in caso di infortunio che comporti l'applicazione di un apparecchio terapeutico di contenzione diverso dalla gessatura da parte del personale medico o paramedico.

La presente garanzia è operativa dal giorno del ricovero ovvero, in mancanza di questo, dal giorno dell'applicazione degli apparecchi predetti, a quello della loro rimozione ed in ogni caso sino ad un periodo massimo di 90 giorni.

Successivamente il Contraente o l'Assicurato devono inviare certificati medici sul decorso delle lesioni.

Nel caso di inabilità temporanea, i certificati dovranno essere rinnovati. In caso di mancato rinnovo, la liquidazione dell'indennità viene fatta considerando data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che la Società possa stabilire una data diversa. L'Assicurato o – in caso di morte - il beneficiario, devono consentire le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dalla Società.

Art. 14 – Inabilità temporanea

Se l'infortunio ha per conseguenza una inabilità dell'Assicurato ad attendere alle sue occupazioni la Società liquida la diaria assicurata:

- integralmente, per tutto il tempo durante il quale l'Assicurato stesso si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle sue occupazioni;
- parzialmente, per tutto il tempo durante il quale l'Assicurato stesso non ha potuto attendere se non in parte alle sue occupazioni.

L'indennità per INABILITA' TEMPORANEA viene corrisposta per un periodo massimo di 365 giorni a decorrere dalle ore 24,00 del giorno dell'infortunio sino alle ore 24,00 dell'ultimo giorno di inabilità ferma restando che l'indennizzo verrà corrisposto dalle ore 24,00 del nono giorno successivo a quello dell'infortunio denunciato.

Art. 15 – Arbitrato

Per le divergenze sulla natura, causa ed entità delle lesioni, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità, le parti debbono conferire per iscritto mandato di decidere ad un Collegio di tre medici nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo.

In caso di mancato accordo sul nominativo del terzo arbitro, quest'ultimo dovrà essere prescelto, fra gli Specialisti in Medicina Legale delle Assicurazioni, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei Medici.

Il Collegio medico risiede, a scelta dell'Assicurato, nel Comune sede di Istituto di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza dello stesso, o presso la sede legale della Società.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. E' data facoltà al Collegio Medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza dei voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione dei patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri arbitri nel verbale definitivo.

Art. 16 – Cumulo indennità

L'indennità per il caso di morte non è cumulabile con quella per invalidità permanente.

Se dopo il pagamento di un'indennità per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari designati o, in difetto, agli eredi, la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore e non chiede il rimborso nel caso contrario.

Art. 17 – Esonero denuncia infermità, difetti fisici e mutilazioni

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le infermità, i difetti fisici e le mutilazioni di cui i singoli assicurati fossero affetti al momento della stipulazione della polizza o che dovessero in seguito sopravvenire.

Art. 18– Identificazione delle persone assicurate – comunicazione delle variazioni

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di presentare preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate.

Per l'identificazione delle persone assicurate si farà riferimento alla documentazione dei competenti uffici che il Contraente si impegna a far pervenire alla Società in caso di richiesta; il Contraente è esonerato dall'obbligo di comunicare le persone incluse o escluse nel corso di validità della polizza.

Per l'identificazione delle persone assicurate si farà riferimento alla documentazione dei competenti uffici che il Contraente si impegna a far pervenire alla Società in caso di richiesta.

Art. 20 - Limite di risarcimento complessivo

Nel caso di infortunio che colpisse contemporaneamente più persone assicurate, in conseguenza di un unico evento, si conviene che il limite massimo di risarcimento ammonta a Euro 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.

CONDIZIONI PARTICOLARI

A. RC DEL CONTRAENTE

Qualora l'infortunato o, in caso di morte, i beneficiari o soltanto qualcuno di essi non accettino a completa tacitazione per l'infortunio l'indennità dovuta ai sensi della presente polizza ed avanzino verso il Contraente maggiori e ulteriori pretese a titolo di responsabilità civile, a titolo di "equo indennizzo", o in ottemperanza a C.C.N.L., l'indennità nella sua totalità, a richiesta del Contraente, viene accantonata per essere computata nel risarcimento che il Contraente fosse tenuto a corrispondere per legge, sentenza o transazione.

Qualora l'infortunato o gli anzidetti beneficiari recedano dall'azione di responsabilità civile, o rimangano in essa soccombenti, l'indennità accantonata, a richiesta della Contraente, viene agli stessi pagata sotto deduzione delle spese di difesa sostenute dal Contraente.

B. ERNIE TRAUMATICHE

La garanzia è estesa alle ernie traumatiche ed in genere alle lesioni conseguenti a sforzi.

Per le ernie operabili viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 2% della somma assicurata alla partita invalidità permanente ferma, ove prevista, la garanzia di rimborso spese di cura nei limiti indicati per ciascuna partita.

Per le ernie non operabili, l'indennizzo viene computato in base alla tabella INAIL (All. n°1 del D.P.R. 30 Giugno 1965 n° 1124, del DPR n. 38 del 2000 e loro successive modifiche), fermo restando un limite massimo di risarcimento del 10% della somma assicurata per la Invalidità Permanente.

C. FRANCHIGIE:

Assicurandi di cui alla SEZIONE I - AMMINISTRATORI

La Compagnia Assicuratrice corrisponderà l'indennizzo per il caso di invalidità permanente totale o parziale, determinato secondo i criteri precedentemente individuati con l'applicazione delle seguenti franchigie:

- nessuna franchigia sui primi €. 150.000,00 di capitale assicurato per il caso di invalidità permanente;
- franchigia pari al 3% sui successivi;
- eliminazione di ogni qualsiasi franchigia in presenza di invalidità permanente di grado uguale o superiore al 33%.

Assicurandi di cui alla SEZIONE II - DIRIGENTI

La Società liquida l'indennità senza deduzione di alcuna franchigia

D. TABELLA INAIL

Quale tabella delle percentuali di Invalidità Permanente si intende operante la tabella All. n°1) del D.P.R. 30 Giugno 1965 n° 1124 e successive modifiche, con rinuncia da parte della Società alla franchigia relativa del D.P.R. anzidetto per il caso di infortunio.

E. RISCHIO VOLO

Il cumulo delle somme assicurate di cui alla presente polizza e di altre assicurazioni da chiunque stipulate a favore degli stessi Assicurati per rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni, individuali e cumulative non può superare i capitali di :

- per persona :
 - Euro 1.050.000,00 per il caso morte
 - Euro 1.050.000,00 per il caso invalidità permanente totale
- complessivamente per aeromobile:
 - Euro 5.200.000,00 per il caso morte
 - Euro 5.200.000,00 per il caso invalidità permanente totale

F. DANNI ESTETICI

Si conviene che in caso di infortunio non escluso dalle Condizioni della presente polizza, che produca conseguenze di carattere estetico, ma che non comporti risarcimento a titolo di invalidità permanente, la Compagnia rimborserà comunque le spese sostenute

dall'Assicurato per le cure e gli interventi, anche chirurgici, effettuati allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico.

La garanzia è prestata sino alla concorrenza di € 5.000,00 per sinistro.

G. CONDIZIONI "DIRIGENTI"

1. L'assicurazione è prestata, per ciascuna persona:
 - a) in caso di morte: per una somma corrispondente a 5 volte la retribuzione annua, col massimo assicurato indicato nella scheda di polizza;
 - b) in caso di invalidità permanente: fino ad una somma corrispondente a 6 volte la retribuzione annua, col massimo assicurato indicato nella scheda di polizza.
2. Agli effetti del calcolo del premio per retribuzione si intende tutto quanto, al lordo delle ritenute, il dirigente effettivamente riceve in compenso delle sue prestazioni, comprese le indennità fisse, i premi, le gratificazioni, i compensi speciali di qualsiasi natura, le indennità di disagio, di missione, la tredicesima e la eventuale quattordicesima.
3. Per la liquidazione della indennità è considerata retribuzione annua dell'infortunato quella percepita per i titoli di cui sopra nei 3 mesi precedenti a quello in cui si è verificato l'infortunio, moltiplicata per quattro, al netto però delle somme relative a retribuzioni non pagabili ricorrentemente in ciascun mese.

All'importo così ottenuto si aggiungono:

- le somme non pagabili ricorrentemente in ciascun mese, ma effettivamente corrisposte all'infortunato nei 3 mesi cui sopra;
- la tredicesima ed eventualmente la quattordicesima mensilità, pagate al dipendente prima dell'infortunio.

Se l'infortunato ha una anzianità di servizio inferiore ai 3 mesi, è considerata retribuzione quella che egli avrebbe percepito nel primo anno di servizio in base al C.C.N.L. di categoria.

- i. Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per la identificazione di tali persone, per la determinazione delle somme assicurate ed il computo del premio di cui al punto 5. si farà riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione del Contraente, libri che questi si obbliga ad esibire in qualsiasi momento, insieme ad ogni altro documento probatorio in suo possesso, a semplice richiesta delle persone incaricate dalla Società di fare accertamenti e controlli.
- ii. Il tasso di premio lordo pattuito è quello che figura nella scheda di polizza e viene applicato su ogni mille euro di retribuzioni computate a sensi di quanto indicato al punto 2. Il premio viene anticipato dal Contraente in base al preventivo annuo di retribuzioni indicato nella scheda di polizza. La regolazione del premio definitivo viene effettuato in base a quanto previsto dalla successiva Condizione Particolare H - "regolazione del premio".
- iii. Malattie professionali - L'assicurazione viene estesa anche alle malattie professionali, che siano insorte nel corso della validità del presente contratto, intendendosi come tali quelle attualmente previste al D.P.R. 30.06.1965 n. 1124 (o comunque riconosciute dalla Magistratura) e con la franchigia relativa prevista. E' fatta eccezione per le conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche che si intendono escluse dalla garanzia.
- iv. Per i casi di invalidità permanente, che riducano di almeno il 50% la capacità lavorativa del dirigente assicurato, valutati in base alla tabella allegato 1 del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 e con i criteri dell'art. 9, verrà corrisposto un indennizzo pari al 100% del capitale assicurato per il caso di Invalidità Permanente.

SEZIONE 4 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, l'Assicurato od i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità.

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 e rimborsabili.

Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, dovrà essere dato immediatamente avviso scritto alla Società.

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

SEZIONE 6 SOMME ASSICURATE, FRANCHIGIE, SCOPERTI E CALCOLO DEL PREMIO

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 massimali specifici della singola categoria.

Sezione 1): Amministratori

Nr. Assicurati : 3

L'assicurazione a favore di ciascuna persona è prestata per le seguenti somme:

Garanzia	Massimale
Caso Morte	€ 375.000,00
Caso Invalidità Permanente	€ 450.000,00
Inabilità temporanea	€ 75,00

La Società corrisponderà l'indennizzo per il caso di Invalidità permanente totale o parziale, determinato secondo i criteri stabiliti dal capitolato con l'applicazione delle seguenti franchigie:

- nessuna franchigia sui primi € 150.000,00 del capitale assicurato per il caso di Invalidità permanente;
- franchigia pari al 3% su successivi;
- eliminazione di ogni qualsiasi franchigia in presenza di invalidità permanente di grado pari o superiore al 33%.

Sezione 2): Dirigenti

L'assicurazione a favore di ciascuna persona è prestata per le seguenti somme:

Garanzia	Massimale
Caso Morte	5 volte la retribuzione annua , massimo € 1.000.000,00
Caso Invalidità Permanente	6 volte la retribuzione annua, massimo € 1.200.000,00
Rimborso Spese sanitarie da Infortunio	50% della retribuzione annua, massimo annuo € 15.000,00

A parziale deroga dell'Articolo "Invalidità Permanente" la tabella delle percentuali di invalidità permanente prevista in polizza si intende sostituita da quella di cui all'Allegato 1 del DPR 30.06.1965 n.1124.

In caso di constatato mancinismo le percentuali di invalidità per l'arto superiore destro si intendono applicate all'arto sinistro e quelle del sinistro al destro.

Art. 2 – Calcolo del premio e modalità di applicazione della regolazione

Il Contraente versa, a titolo di deposito premio convenuto, l'importo determinato a seguito dei seguenti parametri iniziali:

Categoria	Parametro per il calcolo del premio	Tasso	Totale
Sezione 1: Nr. 3 Assicurati	N° 3 Amministratori	€ _____	€ _____
Sezione 2: Nr. 3 Dirigenti	Mercedi preventive annue: € 425.000,00	€ _____	€ _____

La somma dovuta alla Società a titolo di premio minimo per ciascun anno , in nessun caso potrà essere inferiore ad

€ _____.

Scomposizione del premio

Premio annuo imponibile	€	
Imposte	€	
TOTALE	€	

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

IL CONTRAENTE

LA SOCIETÀ