LOTTO 2

CAPITOLATO DI POLIZZA

INFORTUNI CUMULATIVA

La presente polizza è stipulata tra

	REGIONE CALABRIA
	Cittadella Regionale **Località Germaneto**
	88100 CATANZARO (CZ)
	C.F. 002205340793

e

Società Assicuratrice
Agenzia di

Durata del contratto

Dalle ore 24.00 del:	**31.03.2017**
Alle ore 24.00 del:	**31.03.2020**

SEZIONE 1 DEFINIZIONI
RISCHI ASSICURATI ED IDENTIFICAZIONE DEGLI ASSICURATI

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 il cui interesse è protetto dall'assicurazione
Beneficiario:	In caso di morte gli eredi legittimi o testamentari, in tutti gli altri casi l'assicurato stesso.
Società:	L'impresa assicuratrice nonché le eventuali coassicuratrici;
Broker:	La Aon S.p.A. quale mandataria incaricata dal Contraente della gestione ed esecuzione del contratto, riconosciuto dalla Società nonché dalle coassicuratrici
Premio:	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
Rischio:	La probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.
Sinistro:	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
Indennizzo:	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Franchigia:	La parte di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.
Scoperto:	La parte percentuale di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.
Annualità assicurativa o periodo assicurativo:	Il periodo pari o inferiore a 12 mesi compreso tra la data di effetto e la data di scadenza o di cessazione dell'assicurazione.
Infortunio:	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte e/o una invalidità.
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, in misura parziale o totale, della capacità dell'Assicurato ad attendere alle proprie occupazioni professionali.
Veicolo:	Autoveicoli, ciclomotori, motoveicoli, macchine agricole, macchine operatrici, compresi autoveicoli per trasporti specifici, autoveicoli per uso speciale e veicoli elettrici.

Art. 2 – Rischi Assicurati - Identificazione degli Assicurati
La presente polizza viene stipulata per tutte le categorie di seguito indicate ed identificate alla Sezione 6 della presente polizza, per le quali il Contraente ha l'obbligo od interesse ad attivare la copertura assicurativa e vale esclusivamente per gli appartenenti alla categoria **Personale in servizio (**"Dirigenti", "Dipendenti", "lavoratori temporanei", ecc. della Contraente, ai sensi del DPR 384 del 28/11/1990) per gli infortuni che le persone assicurate subiscano durante la guida di veicoli non esclusi dal presente contratto, compresi ciclomotori e motocicli, propri o con utilizzo di veicoli privati, nonché di proprietà, in locazione, in uso o in comodato alla Contraente, in occasione di trasferte o per adempimenti di servizio fuori dall'ufficio autorizzati dalla Contraente e limitatamente al tempo strettamente necessario per l'esecuzione delle prestazioni di servizio, dal momento in cui l'Assicurato sale a bordo del mezzo di trasporto a quello in cui ne discende; l'assicurazione vale anche per gli infortuni subiti:

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

Art. 3 – Esonero della preventiva denuncia delle generalità degli Assicurati
Il Contraente è esonerato dal dichiarare generalità e dati anagrafici degli assicurati e per la loro identificazione, effetto della garanzia e per il computo del premio si farà riferimento agli atti/registri tenuti e depositati presso il Contraente. L'assicurazione copre automaticamente tutti gli Assicurati senza alcuna notifica preventiva dei rischi, purché il Contraente dia comunicazione alla Società al termine di ogni annualità assicurativa, nei termini previsti dalla presente polizza, del numero effettivo degli Assicurati e degli altri elementi variabili riportati nella Sezione 6 della presente polizza.
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 che dovessero in seguito sopravvenire.

Art. 4 - Persone non assicurabili
Sono ammessi al beneficio dell'assicurazione tutti indistintamente gli Assicurati a prescindere dalle loro condizioni di salute e da eventuali pregresse minorazioni fisiche o mutilazioni delle quali gli Assicurati stessi risultassero affetti all'atto della stipula del presente contratto o che dovessero in seguito sopravvenire, salvo quanto escluso per le singole garanzie alle rispettive Sezioni della presente polizza, restando comunque espressamente confermato quanto previsto dall'art. 2) della Sezione 5 - Criteri di indennizzabilità.
L'assicurazione non vale, fatto salvo patto speciale per le persone con età superiore a 75 anni.
Tuttavia per le 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.

Art. 5 – Validità territoriale
La presente polizza si intende operante per infortuni occorsi nel mondo intero.
Gli eventuali indennizzi verranno corrisposti solo in Italia in Euro (€).

SEZIONE 2 NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze 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 artt. 1892 - 1893 - 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 successive alla comunicazione del Contraente, ai sensi dell'art. 1897 C.C., e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Tuttavia l'omissione, incompletezza o inesattezza della dichiarazione da parte del Contraente di una circostanza eventualmente aggravante il rischio, durante il corso della validità della presente polizza così come all'atto della sottoscrizione della stessa, non pregiudicano tuttavia il diritto all'indennizzo, sempreché tali omissioni, incomplete o inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo dei legali rappresentanti degli assicurati.

Il Contraente è esentato da qualsiasi obbligo di dichiarare i sinistri che avessero colpito polizze da loro sottoscritte a copertura dei medesimi rischi precedentemente la stipulazione della presente polizza di assicurazione.

Art. 2 - Assicurazione presso diversi Assicuratori

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

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

Art. 3 – Durata, rinnovo e proroga del Contratto

Il presente contratto ha validità dalle ore 24.00 del 31.03.2017 alle ore 24.00 del 31.03.2020 (scadenza anniversaria al 31.03 di ogni anno) e cesserà automaticamente alla scadenza senza obbligo di disdetta.

Si conviene che le Parti hanno comunque la facoltà di rescindere il contratto ad ogni scadenza annuale tramite lettera raccomandata da inviarsi con almeno 120 giorni di anticipo rispetto ad ogni scadenza annuale.

E' inoltre facoltà del Contraente, entro la scadenza del contratto, richiedere alla Società la proroga della presente assicurazione, fino al completo espletamento delle procedure di aggiudicazione della nuova polizza; in tal caso la Società, a fronte della corresponsione del relativo rateo di premio conteggiato sulla base di 6/12esimi del premio annuale di polizza, si impegna sin d'ora a prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche per un periodo di 180 giorni decorrenti dalla data di scadenza della polizza.

Il Contraente si riserva la facoltà di rinnovo della presente polizza, ex art. 35 del D. Lgs. 50/2016, per una durata di 2 (due) anni per il periodo dalle ore 24 del 31.03.2020 alle ore 24 del 31.03.2022 alle stesse condizioni normative ed economiche; tale facoltà dovrà essere comunicata dal Contraente alla Società entro la scadenza contrattuale della polizza.

Il Contraente, a seguito di intervenuta disponibilità di convenzioni Consip o accordi quadro resi disponibili da centrali di committenza (art. 1, comma 13, DL 95/2012 convertito in Legge 135/2012), si riserva di recedere dal contratto qualora accerti condizioni più vantaggiose rispetto a quelle praticate dall'affidatario, nel caso in cui la Società non sia disposta ad una revisione del prezzo in conformità a dette iniziative. Il recesso diverrà operativo previo invio di apposita comunicazione, e fissando un preavviso non inferiore ai 15 giorni. In caso di recesso verranno pagate al fornitore le prestazioni già eseguite ed il 10% di quelle non ancora eseguite.

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

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza, ancorché il premio venga versato entro i 90 giorni successivi alla data di decorrenza della polizza.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 90° 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 al Broker al quale è assegnata la polizza, e tale pagamento è liberatorio per il Contraente.

Il termine di rispetto per il pagamento di premi relativi ad eventuali appendici emesse sulla presente polizza si intende fissato in 90 giorni dalla data di ricezione da parte della Contraente del relativo documento regolarmente emesso dalla Società.

Art. 5 - Regolazione del premio
Il premio viene anticipato dal Contraente per ogni periodo assicurativo in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minor durata del contratto, secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio.
A tale scopo entro 120 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o della minor durata del contratto, il Contraente deve fornire per iscritto alla Società i dati necessari, indicati alla successiva Sezione 6, affinché la Società stessa possa procedere alla regolazione del premio definitivo.
Le differenze attive e passive, risultanti dalla regolazione, devono essere pagate nei novanta giorni dalla relativa comunicazione da parte della Società.
Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti od il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società deve fissargli un ulteriore termine non inferiore a trenta giorni, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo annuo per la quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva e la garanzia resta sospesa fino alle ore ventiquattro 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.
Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie agli 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.
La Società ha il diritto di effettuare verifiche e controlli per i quali il Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessari.

Art. 6 - Assicurazione per conto altrui

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

Art. 7 - Modifiche dell'assicurazione

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

Art. 8 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro
La denuncia del sinistro deve essere fatta per iscritto alla Direzione della Società tramite l'Agenzia cui è assegnata la polizza od il Broker entro 30 giorni lavorativi da quando l'ufficio addetto alla gestione dei contratti assicurativi dell'Ente Contraente ne venga a conoscenza (art. 1913 C.C.).
L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (art.1915 C.C.).

Art. 9 - Recesso in caso di sinistro
Dopo ogni sinistro e fino al 60° (sessantesimo) giorno dalla definizione dei rapporti tra le Parti, la Società ed il Contraente hanno facoltà di recedere dal contratto con preavviso di 90 (novanta) giorni da darsi con lettera raccomandata.
In ambedue i casi di recesso la Società rimborserà al Contraente i ratei di premio pagati e non goduti, escluse le imposte.

Art. 10 - Oneri Fiscali

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

Art. 11 - Foro competente
Per la soluzione di ogni controversia dipendente dal presente contratto, le Parti eleggono come foro competente quello dell'Autorità Giudiziaria dove ha sede l'Assicurato e/o Contraente.

Art. 12 – Forma delle comunicazioni
Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente è tenuto devono essere fatte con lettera raccomandata anche a mano od altro mezzo (telefax, e-mail, e-mail pec o simili) indirizzata alla Società oppure al Broker al quale il Contraente ha conferito incarico per la gestione della polizza.

Art. 13 – Interpretazione del contratto

Si conviene fra le Parti che verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole al Contraente/Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni previste in polizza.

Art. 14 - Obbligo della Società di fornire i dati afferenti l'andamento del rischio

La Società, con cadenza semestrale, si impegna a fornire al Contraente, entro 30 giorni dalla scadenza dell'annualità assicurativa di riferimento, il dettaglio dei sinistri così suddiviso:

- numero del sinistro della Società;
- data di accadimento;
- breve descrizione del danno;
- stato del sinistro ("in trattativa", "liquidato" e "chiuso senza seguito");
- importo liquidato e data della liquidazione;
- importo riservato;
- per i sinistri respinti o senza seguito, le motivazioni scritte.

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. 15 - COASSICURAZIONE E DELEGA

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

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

Il Contraente dichiara di avere affidato la gestione del presente contratto al Broker incaricato e le Società hanno convenuto di affidare la delega alla Società Delegataria indicata in esso; di conseguenza tutti i rapporti inerenti la presente Assicurazione saranno svolti per conto del Contraente dal Broker incaricato il quale tratterà con la Delegataria. In particolare, tutte le comunicazioni inerenti il Contratto, ivi comprese quelle relative al recesso o alla disdetta ed alla gestione dei sinistri, si intendono fatte o ricevute dalla Delegataria in nome e per conto di tutte le Società coassicuratrici. Le Società coassicuratrici riconoscono come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di gestione compiuti dalla Delegataria per conto comune fatta soltanto eccezione per l'incasso dei premi di polizza il cui pagamento verrà effettuato nei confronti di ciascuna Società. La sottoscritta Società Delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle Coassicuratrici indicate negli atti suddetti (polizza e appendici) a firmarli anche in loro nome e per loro conto.

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

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

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

Società	**Agenzia**	**Percentuale di ritenzione**

Art. 16 – Clausola Broker

L'Azienda Contraente dichiara di aver affidato la gestione della presente polizza alla Società AON S.p.A. , in qualità di Broker ai sensi del D.Lgs 209/2005 e s.m.i.

Pertanto, agli effetti delle condizioni della presente polizza, gli Assicuratori danno atto che ogni comunicazione fatta dal Contraente al Broker si intenderà come fatta agli Assicuratori stessi e viceversa, come pure ogni comunicazione fatta dal Broker agli Assicuratori si intenderà come fatta dal Contraente stesso.

Gli Assicuratori inoltre, riconoscono che il pagamento dei premi fatto per il tramite del Broker sopra designato è liberatorio per la Contraente.

La Società riconosce che la provvigione del Broker è a proprio carico. Il Broker tratterrà, all'atto della rimessa dei premi alla Società, le commissioni di spettanza nella misura del 5% sul premio imponibile.

Qualora il contratto stipulato dal Contraente con il predetto Broker per il suddetto servizio di brokeraggio dovesse concludersi nel corso di validità della presente polizza, il Contraente comunicherà alla Società il nominativo del nuovo soggetto affidatario del servizio di brokeraggio assicurativo, nonché le condizioni praticate da quest'ultimo per l'eventuale periodo poliennale residuo.

Parimenti il corrispettivo per il servizio di brokeraggio corrisposto dalla Società spetterà al Broker subentrante a far

tempo dalla prima scadenza successiva della polizza medesima rispetto alla data di subentro formale del nuovo Broker nella titolarità dell'appalto, senza che la Società od il Broker cessante possano opporre eccezione alcuna.

Art. 17 – Tracciabilità dei flussi finanziari

La Società è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi previsti dall'art. 3 della legge n. 136/2010 ss.mm. e ii. al fine di assicurare la tracciabilità dei movimenti finanziari relativi all'Appalto.
Qualora la Società non assolva ai suddetti obblighi, il presente contratto si risolve di diritto ai sensi del comma 8 dell'art. 3 della legge 136/2010.La Società è tenuta al pieno rispetto di quanto previsto dall'Art. 3 della Legge 136/2010 e ss.mm. ii.
La Società si obbliga ad assolvere tutti gli obblighi previsti dal Decreto Legge n. 66/2014, che introduce l'obbligo della fatturazione elettronica.
La ricezione delle fatture elettroniche avverrà secondo le specifiche contenute nel Decreto ministeriale 3 aprile 2013, n. 55 ("Regolamento in materia di emissione, trasmissione e ricevimento della fattura elettronica da applicarsi alle amministrazioni pubbliche ai sensi dell'articolo 1, commi da 209 a 213, della legge 24 dicembre 2007, n. 244").
Le fatture elettroniche indirizzate alla Contraente delle presente polizza devono fare riferimento al seguente Codice Univoco Ufficio così come censiti su www.indicepa.gov.it.
Codice Univoco Ufficio: THNI1K.
Ai sensi dell'art. 25 del D.L. n. 66/2014, al fine di garantire l'effettiva tracciabilità dei pagamenti da parte delle pubbliche amministrazioni, le fatture elettroniche emesse verso le P.A., per tutti i casi in cui si applica, dovranno riportare necessariamente:
1. Il codice identificativo di gara (CIG), tranne i casi di esclusione dall'obbligo di tracciabilità di cui alla Legge n. 136 del 13 agosto 2010;
2. Il codice unico di progetto (CUP) in caso di fatture riferite a progetti di investimento pubblico.

Inoltre, per quanto riguarda il contenuto informativo della fattura elettronica, si segnala la presenza di talune informazioni non obbligatorie, che tuttavia si ritengono indispensabili per favorire il processo di caricamento, controllo e liquidazione nei sistemi contabili e gestionali e in particolare sono:
1. Data e Numero d'Ordine d'Acquisto (associato a ciascuna riga fattura)
2. Data e Numero del DDT per i beni (associato a ciascuna riga fattura)
3. Totale documento
4. Codice fiscale del cedente
5. In generale, il medesimo livello di dettaglio dell'ordine di acquisto emesso.

Le informazioni di cui sopra si ritengono necessarie per agevolare le operazioni di contabilizzazione e di pagamento delle fatture nei tempi concordati.
Per maggiori informazioni circa le specifiche tecniche e la normativa di riferimento sulla fattura elettronica si rimanda al sito www.fatturapa.gov.it.

Art. 18 - Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non è diversamente regolato dal presente contratto, valgono le norme di legge.

SEZIONE 3 RISCHI COPERTI

Art. 1 – Oggetto dell'assicurazione
L'assicurazione vale, per tutti gli Assicurati, per gli infortuni previsti nell'art. 2 della precedente Sez. 1.
Sono compresi in garanzia anche:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti o le intossicazioni conseguenti ad ingestione od assorbimento di sostanze;
- contatto con corrosivi;
- le affezioni conseguenti a morsi di animali o rettili o a punture di insetti o aracnidi, esclusi il carbonchio, la malaria e le malattie tropicali;
- l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento;
- la folgorazione;
- i colpi di sole o di calore o di freddo;
- le lesioni (esclusi gli infarti) determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico;
- 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;
- gli infortuni derivanti dall'uso o guida di ciclomotori e motocicli di qualunque cilindrata, trattori e macchine agricole semoventi, veicoli a motore e natanti in genere, a condizione che l'Assicurato sia in possesso, ove prescritto, di regolare patente di abilitazione alla guida;
- gli infortuni causati da forze della natura compresi terremoto, maremoto, eruzione vulcanica, alluvioni, inondazioni, frane, smottamenti, valanghe, slavine;
- gli infortuni causati da influenze termiche ed atmosferiche;
- ernie addominali da sforzo e strappi muscolari derivanti da sforzo;
- ernie traumatiche;
- gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza, purché non alla guida di veicoli e/o natanti o mezzi in genere.

Art. 2 – Danni estetici
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 evento.

Art. 3 – 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, esclusivamente durante il trasporto 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 voli effettuati su 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 cumulative, non potrà superare le somme assicurate:

- € 1.000.000,00.= per il caso di invalidità permanente
- € 1.000.000,00.= per il caso morte
- € 260,00.= giornaliere per il caso inabilità temporanea

per persona, e di:

- € 5.000.000,00.= per il caso di invalidità permanente
- € 5.000.000,00.= per il caso di morte
- € 5.200,00.= giornaliere per il caso inabilità temporanea

complessivamente per aeromobile.
In detta limitazione per aeromobile rientrano i capitali riferentesi 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.
Agli effetti della garanzia il viaggio aereo si intende cominciato nel momento in cui l'assicurato sale a bordo

dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso; la salita e la discesa, mediante scale ed altre attrezzature speciali aeroportuali, fanno parte del rischio del volo.

Art. 4 – Servizio militare
Durante l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale l'assicurazione resta sospesa.
Entro il 15° giorno successivo alla prima scadenza di premio (o rata di premio) posteriore all'inizio del servizio di cui sopra il Contraente ha facoltà di chiedere il rimborso dei premi pagati relativi al periodo in cui l'assicurazione è rimasta sospesa; rimborso che verrà corrisposto al netto delle imposte.

Art. 5 – 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 previsto all'art. 5 della Sezione 3;
2. durante la guida e l'uso di mezzi di locomozione aerea e la guida di mezzi subacquei, salvo quanto previsto all'art. 3, Sezione 3;
3. in conseguenza di dolo o di azioni delittuose dell'Assicurato;
4. sotto l'influenza di sostanze stupefacenti ed allucinogeni assunti volontariamente, dall'abuso di psicofarmaci non a scopo terapeutico;
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 partecipazione a gare e corse (e relative prove) calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo; dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove) che comportano l'uso o la guida di veicoli a motore e natanti, salvo che si tratti di regolarità pura, dalla pratica del paracadutismo, del pugilato e dell'alpinismo.

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 delle cause che lo hanno determinato, ed indirizzata al broker o alla Società, entro il 30° giorno dall'infortunio o dal momento in cui l'Ufficio della Contraente addetto alla gestione della polizza, l'Assicurato od i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità. Quanto prima il Contraente, l'Assicurato o i suoi aventi diritto dovranno corredare la denuncia con la certificazione medica iniziale.
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.
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 quelle di cura siano espressamente comprese nell'assicurazione.
L'Assicurato, i suoi familiari od aventi diritto devono consentire alla visita di medici della Società ed a qualsiasi indagine che questi ritengano necessaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato stesso.

Art. 2 – Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennità convenuta, in favore degli aventi diritto in caso di decesso, di invalidità permanente e di inabilità temporanea dell'Assicurato, 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
Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno dell'infortunio, la Società liquida la somma assicurata per il caso morte, indicata per ciascuna categoria nella scheda della Sezione 6
Tale indennizzo viene liquidato ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.
L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per l'invalidità permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, i beneficiari, o in difetto di designazione, gli eredi, dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso ed hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per morte - se superiore - e quello già pagato per invalidità permanente.

b) MORTE PRESUNTA
La Società dichiara che se il corpo dell'Assicurato non venisse trovato entro un anno a seguito di arenamento, affondamento e naufragio del mezzo di trasporto aereo, lacustre, fluviale o marittimo, fermo restando quanto previsto dalle Condizioni di Assicurazione, verrà riconosciuto l'indennizzo previsto per il caso di morte, considerando l'evento di cui sopra come infortunio.
La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi 6 mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta ai termini degli art. 60 e 62 C.C.
Quando sia stato effettuato il pagamento delle indennità ed in seguito l'Assicurato ritorni o si abbiano di lui notizie sicure, la Società ha diritto alla restituzione delle intere somme pagate e relative spese, e l'Assicurato stesso potrà fare valere i diritti che eventualmente gli sarebbero spettati nel caso avesse subito lesioni indennizzabili a norma della presente polizza.
Le lesioni corporali causate dall'esposizione agli elementi della natura dovuti ad un atterraggio di fortuna, arenamento, affondamento o naufragio del mezzo di trasporto sopra richiamato, sono peraltro garantite dalla presente polizza.

c) INVALIDITA' PERMANENTE
Se l'infortunio ha per conseguenza un'invalidità permanente e questa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - ma comunque entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquiderà a tale titolo una indennità, calcolata sulla somma assicurata per invalidità permanente assoluta indicata per ciascuna categoria nella

scheda della Sezione 6
La valutazione del grado di Invalidità Permanente sarà effettuata facendo riferimento alla Tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria per gli infortuni e le malattie professionali approvato con D.P.R. del 30.06.1965 n.1124 e successive modifiche, con rinuncia da parte della Società all'applicazione delle franchigie relative previste dalla Legge, con l'intesa che le percentuali indicate nella Tabella anzidetta vengano riferite ai capitali assicurati per il caso di invalidità permanente totale.
La Società prende atto che se l'Assicurato risulta mancino il grado di invalidità per il lato destro sarà applicato al sinistro e viceversa.
Nel caso in cui l'Assicurato subisca un infortunio ad un arto superiore o ad una mano o ad un avambraccio e risultasse che questi erano gli unici perfettamente integri o tali che venissero usati come "destri" si dovrà tenere conto di ciò anche nella valutazione del grado di invalidità permanente.
La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto, viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se si tratta di minorazione, le percentuali vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta. Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi o arti, l'indennità viene stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al limite massimo del 100%.
L'indennità per la perdita funzionale ed anatomica di una falange del pollice è stabilita nella metà, per la perdita anatomica di una falange dell'alluce nella metà e per quella di una falange di qualunque altro dito in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito.
Nei casi di invalidità permanente non specificati, l'indennità è stabilita tenendo conto della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.
In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorati, le percentuali sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.
In caso di valutazione dell'Invalidità Permanente di grado pari o superiore al 60%, verrà liquidata una somma pari al 100% della somma assicurata.
Il diritto all'indennità per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi; tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Società paga l'importo liquidato od offerto ai beneficiari, o in difetto di designazione degli stessi, agli eredi dell'Assicurato secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

Art. 3 – Controversie

In caso di disaccordo sulla natura o sulle conseguenze dell'infortunio, delle lesioni provocate dall'infortunio o sul grado di Invalidità Permanente o sul grado e durata dell'Inabilità Temporanea nonché sulla liquidabilità delle indennità le Parti (Società ed Assicurato) si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere se ed in quale misura siano dovute le indennità, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un contradditorio tra il medico dell'Assicurato e quello fiduciario della Società.
In caso di mancato accordo tra i due medici si procederà, con scrittura privata, a nominare quale terzo arbitro un medico designato dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio medico; il collegio medico così costituito risiede presso il domicilio dell'Assicurato.
Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà alle spese e competenze del terzo medico.
Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono obbligatorie per le Parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale.
E' data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'Invalidità Permanente ad epoca da fissarsi dal Collegio stesso, entro due anni, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisionale sulle indennità da imputarsi nella liquidazione definitiva dell'infortunio.

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 entro 30 giorni dalla sottoscrizione dell'atto di liquidazione da parte della Società.
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 competerle per l'art.1916 C.C. verso i responsabili dell'infortunio.

SEZIONE 6
CATEGORIE, PRESTAZIONI E SOMME ASSICURATE, CALCOLO DEL PREMIO

Art. 1 – Categorie, Prestazioni e Somme assicurate
L'assicurazione è prestata alle condizioni tutte della presente polizza per le persone appartenenti alle categorie di seguito indicate, per prestazioni e somme riportate nelle relative tabelle.

Art. 1.1 Personale in servizio

L'Assicurazione copre, per le prestazioni e somme assicurate sotto riportate, il Personale in servizio limitatamente agli infortuni in occasione di trasferta/servizio come specificato all'art. 2 della Sezione 1:

Prestazioni assicurate	**Somme assicurate pro-capite**
Caso Morte	**€ 350.000,00**
Caso Invalidità Permanente	**€ 400.000,00**

Assicurati: Personale in servizio	
Km preventivati percorsi dal Personale in servizio	**1.000.000 km. preventivati**

Art. 2 – Inclusioni / esclusioni di Assicurati
Per gli assicurati appartenenti alla categoria di cui al precedente **Art. 1.1 "Personale in servizio**" il Contraente è esonerato dal dichiarare i dati anagrafici degli assicurati ed i dati identificativi dei veicoli; per la loro identificazione e per il computo del premio si farà riferimento alle risultanze dei registri o altri documenti equipollenti sui quali la Contraente si impegna a registrare in modo analitico:

a. data e luogo della trasferta e/o servizio;
b. generalità dell'assicurato autorizzato alla trasferta/servizio;
c. numero dei chilometri percorsi limitatamente alla trasferta – adempimento di servizio effettuati con utilizzo di veicoli propri o con utilizzo di veicoli privati (esclusi quelli della Contraente);
d. dichiarazione redatta dalla Contraente, e da presentare alla Società in caso di sinistro, attestante che il conducente era in trasferta/servizio per conto e su autorizzazione della stessa Contraente.

La Contraente si impegna a notificare alla Società al termine di ogni annualità assicurativa, non oltre 120 giorni dalla scadenza stessa:

- il percorso chilometrico complessivo effettuato dagli Assicurati durante la trascorsa annualità limitatamente alla trasferta – adempimento di servizio effettuati con utilizzo di veicoli privati (esclusi quelli della Contraente).

Art. 3 – Franchigia sul caso Invalidità Permanente
L'indennità per l'Invalidità Permanente per ciascuna categoria di Assicurati verrà riconosciuta senza applicazione di alcuna franchigia.

Art. 4 – Calcolo del premio e modalità di applicazione della regolazione
Il Contraente versa alla firma della presente polizza ed alle successive scadenze annuali, a titolo di deposito premio convenuto, l'importo riportato nella seguente tabella "Scomposizione del premio" rappresentante il totale degli importi per singola categoria calcolati sulla base dei tassi e premi sotto riportati.

Al termine di ogni annualità la Società calcola il premio dovuto sulla base delle variazioni e/o dati consuntivi comunicati dalla Contraente ai sensi dell'art. 6 Sezione 2 della presente polizza.

Essendo l'assicurazione prestata in forma non nominativa in base al numero degli assicurati e ad altri elementi variabili riportati nella presente Sezione la regolazione del premio sarà effettuata:

- per la categoria **1.1**, conteggiando il relativo premio annuo convenuto in aumento o in diminuzione rispetto ai dati preventivi:
  a) percorso chilometrico complessivo effettuato dagli Assicurati durante la trascorsa annualità limitatamente alla trasferta – adempimento di servizio effettuati con utilizzo di veicoli privati (esclusi quelli della Contraente);

Categoria	Tipo dato variabile	Premio/Tasso lordo annuo	Totale Premio Annuo Lordo
Personale Dipendente in servizio (art. 1.1)	preventivo percorrenza veicoli propri **km 1.000.000**	€ …….. per chilometro	€..……..
TOTALE			**€ ……..**

Scomposizione del premio alla firma e delle rate successive

Premio annuo imponibile	€	**.=**
Imposte	€	**.=**
TOTALE	€	**.=**

Art.5 – Disposizione finale
Rimane convenuto che si intendono operanti solo le presenti norme dattiloscritte, che annullano e sostituiscono integralmente le condizioni riportate su moduli a stampa forniti dalla Società che, pertanto, si devono intendere abrogate e prive di effetto.
La firma apposta dal Contraente su tale modulistica vale solo quale presa d'atto del premio e della eventuale ripartizione del rischio tra le Società partecipanti alla coassicurazione.

IL CONTRAENTE **LA SOCIETÀ**