SOGESID
Via Calabria 35
00187 Roma Capitale

CAPITOLATO DI POLIZZA DI ASSICURAZIONE INFORTUNI CUMULATIVA

RISCHI PROFESSIONALI

LOTTO 1 A

DEFINIZIONI

Annualità	Il periodo compreso fra la data di effetto e la data di scadenza
assicurativa	anniversaria, o tra due date di scadenza anniversaria fra loro successive, o tra l'ultima data di scadenza anniversaria e la scadenza finale dell'assicurazione
Assicurato:	persona fisica il cui interesse è protetto dalla Assicurazione
Beneficiario:	In caso di morte dell'assicurato, gli eredi legittimi o testamentari; in tutti gli altri casi l'assicurato stesso.
Broker:	Brokeritaly Consulting Srl
Comunicazioni:	tutte le comunicazioni effettuate per lettera raccomandata, alla quale sono parificati raccomandata a mano, telex, telegrammi, facsimilet PEC o altro mezzo documentabile.
Contraente:	Il soggetto che stipula l'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.
Indennizzo	la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Invalidità permanente	la diminuizione o la perdita definitiva ed irrimediabile della capacità generica ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato.
Istituto di cura:	l'ospedale pubblico, la clinica, la casa di cura sia accreditati presso il Servizio Sanitario Nazionale che privata, legalmente riconosciuti e regolarmente autorizzati al ricovero dei malati, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno.
Malattia:	ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio, intendendo per tale ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili.
Massimale per anno:	ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio, intendendo per tale ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili.
Massimale per sinistro:	la massima esposizione della Società per ogni sinistro.
Polizza:	Il documento che prova l'assicurazione.
Premio:	la somma dovuta dal Contraente alla Società.
Retribuzioni:	tutto quanto al lordo delle ritenute, il dipendente effettivamente riceve a compenso delle sue retribuzioni (es. stipendio, altri elementi a carattere continuativo, provvigioni, premi di produzione, l'equivalente del vitto ed alloggio eventualmente dovuti al dirigente). Sono esclusi i

	rimborsi spese e emolumenti a carattere eccezionale. Come riferimento per la liquidazione dell'indennizzo, si considera retribuzione quella che l'infortunato ha percepito per i titoli di cui sopra nei dodici mesi precedenti quello in cui si è verificato l'infortunio. Se al momento dell'infortunio l'assicurato non ha raggiunto il primo anno di servizio, si considera la retribuzione annua presunta spettante a norma del relativo contratto di lavoro previa richiesta di apposita certificazione del datore di lavoro
Ricovero:	la degenza in Istituto di cura (pubblici, accreditati o privati, in Italia e all'estero) che comporti almeno un pernottamento.
Rischio:	la probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.
Rischio in itinere:	la probabilità che il sinistro si verifichi durante il tragitto dalla dimora, anche occasionale, al luogo di lavoro e viceversa; nonché durante il tragitto da e verso altre sedi dove viene svolta l'attività, purché questi infortuni avvengano durante il compimento del percorso necessario con gli ordinari mezzi di locomozione, sia pubblici che privati.
Scoperto	la parte di danno indennizzabile, espressa in percentuale, che resta a carico dell'assicurato.
Sinistro:	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
Società:	l'impresa assicuratrice nonché le coassicuratrici.

SEZIONE 1 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

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

1.1 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.

1.2 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.

1.3 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.

1.4 Tuttavia l'omissione, l'incompletezza o l'inesattezza della dichiarazione 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 il diritto all'indennizzo, sempreché tali omissioni, incomplete o inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo del Contraente.

Art. 2 — Assicurazione presso diversi Assicuratori

2.1 ln deroga a quanto disposto dal primo e secondo comma dell'art. 1910 c.c., il Contraente e gli Assicurati sono esonerati dall'obbligo di comunicare alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio, fermo restando che in caso di sinistro, il Contraente e gli Assicurati devono darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 C.C

Art. 3 — Durata dell'assicurazione

L'Assicurazione è stipulata per la durata di anni tre con effetto dalle ore 24.00 del 30/06/2021 e scadenza alle ore 24.00 del 30/06/2024

3.2 Non è previsto il tacito rinnovo del contratto pertanto, salvo diverso accordo fra le parti, l'assicurazione cesserà alla scadenza del 31/12/2023.

3.3 E' però facoltà del Contraente, con preavviso non inferiore a 30 giorni antecedenti la scadenza o la cessazione, per qualsiasi causa, del contratto, richiedere alla Società una proroga temporanea della assicurazione, finalizzata all'espletamento od al completamento delle procedure di aggiudicazione della nuova assicurazione. La Società, a fronte della corresponsione del relativo rateo di premio che verrà conteggiato sulla base di 1/365 del premio annuale della polizza appena scaduta per ogni giorno di copertura, si impegna sin d'ora a prorogare in tal caso l'assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche per un periodo massimo di 6 mesi decorrenti dalla scadenza o cessazione.

Art. 4 — Pagamento del premio

4.1 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 se la prima rata di premio è stata pagata entro i 60 giorni successivi.

4.2 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° 0giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze (art. 1901 C.C.).

Art. 5 — Decorrenza della garanzia

5.1 Ai sensi dell'art. 48 del DPR 602/1973 la Società da atto che: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 º 40 e ss.mm.ii., ivi compreso il periodo di sospensione di 60 giorni di cui all'art. 3 del Decreto.

a) 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. 6- Recesso per Sinistro

6.1 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 60 giorni da darsi con lettera raccomandata. Il computo dei 60 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 15 giorni dalla data di efficacia del recesso.
6.2 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. 6. Sez. 4 — "Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio" necessari per la redazione bando di gara per l'affidamento del nuovo contratto assicurativo. Si precisa che il recesso non produceeffetto in caso di mancata produzione dei dati richiamati.

Art. 7 — Regolazione premio

7.1 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.
7,2 A tale scopo, entro 120 giorni dalla fine di ogni periodo di assicurazione, il Contraente deve fornire per iscritto alla Società i dati necessari per il conteggio del premio consuntivo e cioè le retribuzioni della categoria Dirigenti nel periodo di riferimento.
7.3Se 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.
7.4 Le differenze attive o passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei 60 giorni successivi al ricevimento da parte del Contraente dell'apposita appendice di regolazione, ritenuta formalmente corretta, emessa dalla Società.
7.5 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).
7.6 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.

Art. 8 — Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società

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

Art. 9 — Oneri fiscali

9.1 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

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

Art. 11 — Interpretazione del contratto

11.1 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. 12 — Assicurazione per conto di chi spetta

12.1 Poiché la assicurazione è stipulata per conto altrui, 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. 13 — Modifiche dell'assicurazione

13.1 Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere provate per iscritto. 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. 14 — Validità esclusiva delle norme dattiloscritte

14.1 Si intendono operanti solo le norme dattiloscritte.

14.2 La firma apposta dal Contraente su moduli a stampa vale solo quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio tra le Società eventualmente partecipanti alla coassicurazione. Parimenti, le dichiarazioni a stampa di polizza del Contraente/Assicurato s'intendono nulle e prive di effetto essendo note alla Società tutte le circostanze determinanti per la valutazione del rischio.

Art. 15 — Clausola Broker

Ad ogni effetto di legge, le Parti contraenti riconoscono alla Brokeritaly Consulting srl - Sede legale Via Aureliana 53 – 00187 Roma - C.F./P. IVA 11572181003 Registro Unico Intermediari: B000398343 il ruolo di cui al D. Lgs. N. 209/2005, relativamente alla conclusione ed alla gestione della presente assicurazione e per tutto il tempo della durata, incluse proroghe, rinnovi, riforme o sostituzioni. In conseguenza di quanto sopra si conviene espressamente:

- che il Broker, nell'ambito della normativa richiamata, sia responsabile della rispondenza formale e giuridica dei documenti contrattuali nonché della legittimità della sottoscrizione degli stessi da parte della Società;
- di riconoscere che tutte le comunicazioni che, per legge o per contratto, il Contraente/Assicurato è tenuto a fare alla Società, si intendono valide ed efficaci anche se notificate al Broker;
- che il pagamento dei premi dovuti alla Società, per qualsiasi motivo relativo alla presente assicurazione, venga effettuato dal Contraente al Broker. Il pagamento così effettuato ha effetto liberatorio per il contraente ai sensi dell'art. 1901 C.C. La Società delegataria o ogni eventuale società coassicuratrice, delegano quindi esplicitamente il broker, all'incasso del premio, in ottemperanza al comma 2 dell'art. 118 Dlgs 209/2005 e con gli effetti per la contraente previsti al primo comma del medesimo articolo;
- che le somme incassate dal broker vengano da questi rimesse agli assicuratori secondo gli accordi vigenti o, in mancanza, entro il giorno dieci del mese successivo a quello di incasso. All'uopo il broker trasmetterà alla/e Società distinta contabile riepilogativa della disposizione effettuata. Il presente comma è efficace qualora broker e Società non abbiano convenuto diversa regolamentazione dei rapporti.
- che le variazioni alla presente assicurazione richieste dalla contraente al broker, in forma scritta, siano immediatamente efficaci quando accettate dalla Società. Qualora le stesse comportino il versamento di un premio aggiuntivo, i termini di effetto sono subordinati alla disciplina dell'art. 1.3 "Pagamento del premio";
- che l'opera del Broker, unico intermediario nei rapporti con le Compagnie di Assicurazione, verrà remunerata dalle Compagnie con le quali verranno stipulati, modificati, e/o prorogati i contratti. La remunerazione del Broker non dovrà in ogni caso rappresentare un costo aggiuntivo per il Contraente, e andrà dalla Società assorbita nella componente di costo altrimenti identificata nel premio, per gli oneri di

distribuzione e produzione; la stessa verrà trattenuta dal Broker sulle rimesse premi di assicurazione all'atto della loro rendicontazione;

- che la gestione dei sinistri, fino a che non diventino vertenze legali, venga curata per conto del Contraente/Assicurato dal Broker;
- che il broker ha ottemperato agli obblighi assicurativi di Legge di cui all'art. 112, comma 3 del Dlgs 209/2005 e si impegna a produrre copia della vigente polizza a semplice richiesta scritta della/e Società in qualunque momento del rapporto.
- Il presente articolo sarà privo di efficacia dal momento in cui dovesse venire a mancare l'obbligatoria iscrizione del broker al RUI, istituito presso l'ISVAP con provvedimento n° 5 del 16/10/2006.
- 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 9,880% (nove/880- percento) sul premio imponibile.

Art. 16 — Rinuncia alla surrogazione

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

Art. 17 — Colpa grave dell'Assicurato

17.1 L'assicurazione vale anche per gli infortuni derivanti da colpa grave dell'Assicurato.

Art. 18 - Coassicurazione e Delega

18.1 Qualora l'assicurazione fosse ripartita per quote determinate tra Società ai sensi dell'at 191 1 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,

18.2 La Società, 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,
- incassare 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.

18.3 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. 19 — Clausole vessatorie

19.1 L'indicazione delle clausole che necessitano della specifica approvazione per iscritto ex artt. 1341 e 1342 del c.c. è a carico della Società offerente, che dovrà provvedervi entro e non oltre la data di effetto della polizza.

Art. 20 Obblighi inerenti la tracciabilità dei flussi finanziari in base alla L. ne136/2010

20.1 I Ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 3 della legge n. 136/2010, l'Aggiudicatario si obbliga ad utilizzare il conto corrente bancario o postale dedicato alla fornitura del servizio che sarà comunicato prima della stipula del contratto unitamente all'indicazione dei soggetti abilitati ad eseguire movimentazioni sullo stesso.

20.2 L'Aggiudicatario si impegna a comunicare al Contraente, entro 7 giorni, ogni eventuale variazione relativa al predetto conto ed ai soggetti autorizzati ad operare su di esso.

L'inadempimento degli obblighi previsti dal presente articolo costituisce ipotesi di risoluzione espressa del contratto ai sensi dell'art. 1456 c.c..

20.3 In caso di cessione del credito derivante dal contratto, il concessionario sarà tenuto ai medesimi obblighi previsti per l'aggiudicataria nel presente articolo e ad anticipare i pagamenti all'aggiudicataria mediante bonifico bancario o postale sul conto corrente dedicato.

Art. 21 — Trattamento dei dati personali

21.1 I dati personali forniti dalle imprese partecipanti saranno trattati, anche in maniera automatizzata e nel rispetto della normativa in vigore, esclusivamente per le finalità di esperimento della gara, nonché, limitatamente al solo aggiudicatario, per la successiva stipulazione e gestione del contratto- ln particolare, il trattamento dei dati personali si propone la finalità di consentire l'accertamento dell'idoneità dei concorrenti in relazione alla gara di cui trattasi. Il conferimento dei dati ha natura obbligatoria, nel senso che il concorrente, se intende partecipare alla gara, deve rendere le prescritte dichiarazioni a pena di esclusione. I dati possono essere comunicati, in applicazione delle vigenti disposizioni normative, ai competenti uffici pubblici, nonché agli altri concorrenti che esercitino il diritto di accesso ai documenti di gara. I diritti spettanti all'interessato sono quelli di cui al Capo III e VIII del GDPR (Regolamento Europeo sulla Privacy 679/2016/UE). L'interessato ha diritto alla rettifica e all'integrazione dei dati personali, alla cancellazione, alla limitazione del trattamento, nei casi previsti dalla normativa.
21.2 1 dati saranno conservati per il tempo strettamente necessario al raggiungimento delle finalità per le quali sono stati conferiti e successivamente per l'adempimento degli obblighi di legge connessi e conseguenti alla presente procedura.

Art 22 — Risoluzione del contratto e recesso

22.1 Il contratto potrà essere risolto in tutti i casi di inadempimento di non scarsa importanza, ai sensi dell'art. 1455 c.c., previa diffida ad adempiere, mediante raccomandata A/R, entro un termine non superiore a 15 giorni dal ricevimento di tale comunicazione.
22.2 Fatti salvi i casi di risoluzione di cui all'art. 108 del D. Lgs. n. 50/2016, Il Contraente potrà inoltre risolvere il contratto per una delle seguenti clausole risolutive espresse:

1) grave inadempimento successivo a tre diffide, comunicate ai sensi del punto 22.1 aventi ad oggetto prestazioni anche di diversa natura;

4) inadempimento agli obblighi di tracciabilità previsti all'Art. 20 del presente capitolato tecnico;

22.2 La risoluzione in tali casi opera di diritto, allorquando il Contraente comunichi per iscritto con raccomandata A.R. all'Aggiudicatario di volersi avvalere della clausola risolutiva ex art 1456 c.c.
24.3 ln caso di risoluzione sarà corrisposto all'Aggiudicatario il prezzo contrattuale del servizio effettuato, detratte le eventuali penalità e spese di cui ai precedenti articoli.
24.4 La Stazione Appaltante, ai sensi dell'art. 1373 c.c., si riserva la facoltà di recedere unilateralmente dal contratto, anche laddove esso abbia avuto un principio di esecuzione, fatto salvo il pagamento delle prestazioni effettuate dall'Aggiudicatario.

Art. 25 — Rinvio alle norme di legge

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

SEZIONE 2 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Art. 1 — Soggetti assicurati

1.1 La polizza viene stipulata per le seguenti categorie :
A) Direttore Generale
B)Dirigenti
C) Quadri
D) Impiegati
E) Presidente
F) Amministratori – Membri collegio sindacale
e vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca in occasione della partecipazione all'attività della Contraente o nello svolgimento delle mansioni dichiarate dal Contraente stesso, compreso il rischio in itinere, e che abbiano per conseguenza la morte o un'invalidità permanente.

1.2 La garanzia stessa comprende anche gli infortuni subiti in occasione di viaggi, trasferimenti e/o missioni di qualsiasi natura, compreso il tempo libero, in occasione di tutte le attività svolte per incarichi specifici al di fuori della normale sede di lavoro inerenti alle occupazioni professionali.

1.3 Per effetto della complementarietà della polizza con quella per i "rischi extraprofessionali", un eventuale accadimento troverà necessariamente liquidazione in una delle due polizze.

1.4 Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate: per l'identificazione di tali persone, si farà riferimento ai documenti depositati presso il Contraente. Il Contraente è inoltre esonerato dall'obbligo di notificare le malattie, le infermità, le mutilazioni ed i difetti fisici da cui fossero affette le persone assicurate.

1.5 In caso di errore od omissione, avvenuti in buona fede, e riguardanti l'inclusione in garanzia o la determinazione delle somme assicurate relativamente a singoli assicurati o a categorie di assicurati per i quali l'assicurazione con oneri a carico del Contraente è obbligatoria ai sensi di legge o di CCNL, le parti convengono che l'Assicurazione si intenderà comunque valida nei termini previsti dalla legge o dal CCNL, con l'intesa che il Contraente avrà l'obbligo di corrispondere il maggior premio dovuto a decorrere dall'inizio delta copertura.

Art. 2 — Oggetto dell'assicurazione

2.1 Sono compresi in garanzia, a titolo esemplificativo ma non limitativo, anche:

a) l'asfissia non di origine morbosa;

b) soffocamento da ingestione di solidi e/o liquidi;

c) gli avvelenamenti o le intossicazioni conseguenti ad ingestione od assorbimento di sostanze;

d) ustioni in genere, nonché il contatto con corrosivi;

e) le affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi;

f) l'annegamento;

g) l'assideramento o congelamento;

h) la folgorazione;

i) i colpi di sole o di calore o di freddo;

j) le ernie traumatiche e le lesioni (esclusi gli infarti) determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico;

k) gli infortuni derivanti da aggressioni e violenze in genere;

l) gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, uso di armi anche non convenzionali, vandalismi, attentati, sequestri, rapine, azioni di dirottamento o di pirateria a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;

m) gli infortuni derivanti da malore ed incoscienza o conseguenti a vertigini;

n) gli infortuni derivanti da imprudenza, imperizia e negligenza anche gravi dell'Assicurato;

o) gli infortuni derivanti dall'uso o guida di cicli, ciclomotori e motocicli di qualunque cilindrata, trattori e macchine agricole semoventi, veicoli a motore e natanti, a condizione che l'Assicurato in caso di guida sia in possesso, ove prescritto, di abilitazione alla guida medesima;
p) gli infortuni causati da forze della natura compresi terremoto, maremoto, eruzione vulcanica, alluvioni, inondazioni, frane, smottamenti, straripamenti, maree, mareggiate, neve, valanghe, slavine, grandine;
q) gli infortuni causati da influenze termiche ed atmosferiche;
r) gli infortuni derivanti da abuso di alcolici. Tale estensione di garanzia non si applica ai soggetti Assicurati durante lo svolgimento delle proprie mansioni professionali per conto della Contraente, ed in ogni caso non si applica a tutti i soggetti Assicurati, per gli infortuni subiti alla guida di veicoli a motore e/o natanti in genere;
s) gli infortuni subiti nel corso di partecipazione a seguito di mobilitazione o per adesione volontaria al servizio di protezione civile;
t) gli infortuni conseguenti a colpi di sonno;
u) gli infortuni e le malattie professionali conseguenti all'uso e/o detenzione a scopo diagnostico e terapeutico di sostanze radioattive naturali o artificiali; v) le infezioni (malattie virali, infezioni, epatite, H.I.V., AIDS e simili) conseguenti a trauma e/o contatto subito durante l'attività svolta per conto del Contraente.

Art. 3 — Esclusioni

3.1 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'articolo denominato "Rischio guerra",
2. durante la guida e l'uso di mezzi di locomozione aerea e la guida di mezzi subacquei, salvo quanto previsto all'articolo denominato "Rischio aeronautico";
3. da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non rese necessarie da infortunio indennizzabile;
4. in conseguenza di dolo o di azioni delittuose dell'Assicurato;
5. sotto influenza di stupefacenti, psicofarmaci ed allucinogeni assunti volontariamente fatto salvo se dietro prescrizione medica;
6. da stato di ubriachezza alla guida di veicoli o natanti a motore in genere;
7. alla guida di veicoli o natanti a motore in genere qualora non sia mai stata conseguita la relativa abilitazione alla guida;
8. in conseguenza diretta od indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
9. dalla pratica dei seguenti sport: paracadutismo e sport aerei in genere, immersioni con autorespiratore, gare con utilizzo di veicoli o natanti a motore (salvo i raduni automobilistici e gare di regolarità pura) nonché relative prove ed allenamenti, alpinismo e arrampicata libera oltre il terzo grado eseguiti senza accompagnamento di Guida professionista, Istruttore del Club Alpino Italiano o comunque riconosciuto da altro Club Alpino Nazionale.

Art 4 — Persone escluse dall'assicurazione o non assicurabili

4.1 Non sono coperte dalla polizza:
1. fatto salvo patto speciale, le persone di età superiore a ottant'anni. Tuttavia per persone che raggiungano tale età nel corso dei contratto di assicurazione, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa al compimento di detto termine, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti, dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso verranno restituiti a richiesta del Contraente;
2. indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcoolismo e tossicodipendenza. L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi.

Art. 5 — Estensione territoriale

5.1 L'Assicurazione, per i casi di morte ed invalidità permanente, vale per il mondo intero fermo restando che gli indennizzi saranno corrisposti in Italia.

Art. 6 - Morte

6.1 Se l'infortunio ha come conseguenza la morte dell'Assicurato, l'indennizzo per il caso di morte è dovuto se la morte stessa si verifica, anche successivamente alla scadenza della polizza, entro due anni dal giorno dell'evento. Tale indennizzo viene liquidato ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi testamentari o legittimi dell'Assicurato.

6.2 L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per l'invalidità permanente.

6.3 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.

Art. 7 — Morte presunta

7.1 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.

7.2 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 polizza.

7.3 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 polizza.

Art. 8 — Esposizione agli elementi

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

Art. 9 — Invalidità permanente

9.1 Se l'infortunio ha per conseguenza un'invalidità permanente dell'Assicurato e questa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - ma comunque entro due anni dal giorno nel quale l'evento è avvenuto, la Società liquiderà per tale titolo e solo in questo caso una indennità calcolata sulla somma assicurata al momento dell'infortunio per l'invalidità permanente, come segue.

9.2 La valutazione del grado di Invalidità Permanente sarà effettuata facendo riferimento alla Tabella D.P.R. del 30.06.1965 n. 1124 (Settore Industria), con rinuncia, in caso di infortunio, alle franchigie relative stabilite per le Categorie A e B , nonché alle successive eventuali modificazioni ed integrazioni in vigore fino al 24.07.2000, con l'intesa che le percentuali indicate nella Tabella anzidetta vengano riferite ai capitali assicurati per il caso di invalidità permanente totale.

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

9.4 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.

9.5 In caso di valutazione della Invalidità Permanente di grado pari o superiore al 50%, verrà liquidata una somma pari al 100% della somma assicurata.

9.6 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.

9.6 Franchigia Invalidità Permanente – Valide solo per la categoria C) e D):

A parziale deroga di quanto previsto nel punto 9.2 si precisa quanto segue :

L'indennizzo spettante per invalidità permanente si determina applicando alla somma assicurata per invalidità permanente totale la percentuale corrispondente al grado di invalidità accertato secondo i criteri di cui al precedente punto 9.2 con la seguente modalità :

- fino a euro 160.000,00 si applica la percentuale di invalidità accertata, senza deduzione di alcun punto;
- sulla parte eccedente euro 160.000,00 fino af euro 260.000,00 si applica la percentuale di invalidità accertata, dedotti 5 punti;

sulla parte eccedente euro '260.000,00 si applica la percentuale accertata dedotta 10 punti;
Nel caso in cui I invalidità permanente sia superiore al 20% della totale. la Società liquida l'indennizzo senza deduzione di alcuna franchigia.

Art. 10 — Rimborso spese mediche da infortunio

10.1 La Società, in caso d'infortunio rientrante nella garanzia prestata, anche se non determinante la morte o l'invalidità permanente dell'Assicurato, rimborsa fino alla concorrenza di € 5.000,00 per evento: le spese e gli onorari sostenuti per prestazioni mediche e chirurgiche, accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio, accertamenti medico legali, terapie fisiche e trattamenti riabilitativi, acquisto di farmaci, tutori, presidi e protesi ortopediche ed oculari, cure odontoiatriche compresa la sola prima protesi.
10.2 Le spese verranno liquidate a presentazione di fatture, notule, ecc.. La liquidazione potrà avvenire anche se non si è verificata la completa guarigione dell'Assicurato.

SEZIONE 3 - CONDIZIONI AGGIUNTIVE

A. Spese dl trasporto a carattere sanitario

La garanzia è estesa al rimborso — fino al limite di € 5.000,00 delle spese sostenute dall'Assicurato in caso di infortunio indennizzabile ai termini della polizza per i costi eventualmente sostenuti per il trasporto dal luogo dell'infortunio ad un Istituto di Cura attrezzato, il trasporto tra Istituti di Cura e dall'Istituto di Cura al domicilio dell'Assicurato.

B. Rientro sanitario

La garanzia è estesa al rimborso — fino al limite di € 5.000,00 delle spese sostenute dall'Assicurato per il rientro, anche se anticipato o posticipato, in caso di infortunio che lo colpisca nel corso di una missioneT gita o viaggio disposto dal Contraente direttamente od indirettamente, e che rendano necessario il suo trasporto con qualsiasi mezzo ritenuto idoneo in ospedale attrezzato in Italia.

C. Rimpatrio salma (valido in Italia e all'estero)

La garanzia è estesa al rimborso delle spese sostenute per il rimpatrio della salma dell'Assicurato, in caso di decesso a seguito di infortunio o malattia che lo colpiscano nel corso di una missione, gita o viaggio disposto dal Contraente direttamente od indirettamente, fino al luogo di sepoltura e ciò fino alla concorrenza di € 7.000,00.

D. Danni estetici

Si conviene che in caso di infortunio non escluso dalle Condizioni della polizza, che produca conseguenze di carattere estetico, ma che non comporti indennizzo a titolo di invalidità permanente o di riduzione dell'efficienza estetica, 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 12.000,00 per evento.

E. Rischio guerra

A parziale deroga del disposto dell'Art. 3 della Sezione 2 - Esclusioni, 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.

F. Malattie tropicali

L'assicurazione si intende estesa alle malattie tropicali che potessero contrarre le persone assicurate. Per malattie tropicali si devono intendere: Amebiasi, Bilharziosi, Dermotifo, Dissenteria batterica, Febbre ttteroemoglobinurica, Meningite cerebrospinale epidemica, Vaiolo, Febbre ricorrente africana, Infezione malarica perniciosa. L'estensione è subordinata alla circostanza che gli Assicurati si trovino in buone condizioni di salute e che siano stati preventivamente sottoposti alle prescritte pratiche di profilassi. L'Assicurazione è soggetta all'applicazione di una franchigia relativa del 15%: resta pertanto convenuto che non si farà luogo ad indennizzo per l'Invalidità Permanente quando questa sia di grado non superiore al 15% della totale; se invece l'Invalidità Permanente supera il 15% della totale, l'indennizzo verrà liquidato secondo quanto previsto dalle condizioni di polizza. Il periodo massimo utile per provvedere alla valutazione definitiva del danno indennizzabile a norma della presente estensione, viene fissato in due anni dalla denuncia della malattia. Per tale estensione di garanzia la somma assicurata per Morte ed Invalidità Permanente si intende stabilità nei limiti delle somme assicurate col massimo di € 500.000,00.

G. 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 polizza e per rischi da essa previsti. Agli effetti della garanzia il viaggio 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.
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 comuni, non potrà superare le somme assicurate:

- € 3.000.000,00 per il caso di invalidità permanente
- € 3.000.000,00 per il caso morte per persona e di:
- € 12.000.000,00 per il caso di invalidità permanente (k)
- € 12.000.000,00 per il caso di morte (*) complessivamente per aeromobile. (*) Valore soggetto a miglioria

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.

H. Responsabilità 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 del contratto e avanzino verso il Contraente maggiori pretese a titolo di responsabilità civile, su richiesta della Contraente stessa, detta indennità viene accantonata nella sua totalità.
L'indennità accantonata viene pagata qualora l'infortunato o gli anzidetti beneficiari recedano dall'azione di responsabilità civile o rimangano in essa soccombenti ovvero a seguito di transazione o a seguito di composizione della controversia.

I.Commorienza

Qualora lo stesso evento provochi la morte, oltre che dell'Assicurato, anche del coniuge e risultino beneficiari dell'Assicurazione figli di minore età o comunque studenti in regolare corso del piano di studi, l'indennizzo ad essi spettante si intende raddoppiato. Il maggiore esborso a carico della Società per effetto della presente estensione di garanzia non potrà comunque superare € 150.000,00.
Ai figli minori vengono equiparati i figli maggiorenni che siano già portatori di invalidità permanente di grado pari o superiore al 66% della totale.

J. Clausola dirigenti

Relativamente alla categoria dei Dirigenti, si conviene quanto segue:

- l'assicurazione viene estese anche alle malattie professionali che si manifestino nel corso della validità del contratto e che producano la morte o riducano l'attitudine al lavoro;
- per i casi di invalidità permanente, conseguenti ad infortunio o malattia professionale, di grado non inferiore al 50%, verrà corrisposto un indennizzo del 1000/0. Contestualmente al pagamento dell'indennità, la polizza cessa automaticamente nei confronti dell'Assicurato

al quale è stata erogata la prestazione, nonostante lo stesso sia in grado di proseguire il rapporto di lavoro;

- qualora, in conseguenza di una malattia professionale o di infortunio, l'attitudine al lavoro dell'assicurato risulti permanentemente ridotta in modo tale da non consentire la prosecuzione del rapporto di impiego con analoghe mansioni, la somma assicurata per il caso dell'invalidità permanente, verrà liquidata al 100%.
- Il periodo massimo per procedere alla valutazione del danno viene fissato in 18 mesi dal giorno della denuncia della malattia.
- Qualora in conseguenza di una malattia professionale o di infortunio, l'attitudine al lavoro dell'Assicurato risulti permanentemente ridotta in misura uguale o superiore al

66%, la somma assicurata per il caso d'Invalidità Permanente verrà liquidata al 100%, anche in caso di prosecuzione del rapporto di lavoro.

- L'Assicurato potrà decidere entro 6 mesi dalla data dell'infortunio o dalla data di denuncia della malattia, e comunque prima di essere visitato dal medico della Società, se richiedere l'accertamento dei postumi invalidanti alla Società o, in alternativa, richiedere alla Società di conformarsi a quanto stabilito in fase di giudizio sullo stato di invalidità dell'Assicurato:

  1. dall'INPS, all'atto del riconoscimento della pensione di inabilità ovvero del primo riconoscimento dell'assegno di invalidità;

  2. dall'INAIL, in caso di invalidità di origine professionale e sempreché non ricopra l'ipotesi precedente;

  3. da altro ENTE PREVIDENZIALE di categoria in ogni altro caso.

- Una volta comunicata la propria scelta alla Società, entrambe le Parti saranno vincolate alla decisione finale dell'Ente Accertatore (INPS, INAIL o altro ENTE PREVIDENZIALE), se diverso dalla Società.
- Nel caso in cui trascorrano 6 mesi dall'infortunio o dalla data di denuncia della malattia senza che venga comunicata la scelta dell'Ente Accertatore, l'accertamento verrà eseguito dalla Società nei modi previsti dal presente contratto di assicurazione.

K. Ernie traumatiche e da sforzo

A specificazione di quanto disposto a tale proposito all'Art 1 (Oggetto della copertura), si conviene che l'assicurazione comprende, limitatamente ai casi di Invalidità Permanente e di Inabilità Temporanea, ove prevista, le ernie da causa violenta, con l'intesa che:

- nel caso di ernia addominale operata o operabile viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 2% della somma assicurata;

nel caso di ernia addominale operata o operabile viene riconosciuto l'indennizzo per il solo caso di Inabilità Temporanea fino ad un massimo di 30 giorni;

- nel caso di ernia addominale non operabile secondo parere medico, viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 10% (dieci per cento) delta somma assicurata;

- nel caso di ernia del disco intervertebrale viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 2% della somma assicurata.

Qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio medico, di cui all'Art. 3 della Sezione 4 - Controversie.

L. Diabete

L'assicurazione vale anche per le persone affette da diabete, a condizione che l'infortunio non sia conseguenza diretta del diabete, ed ogni complicazione riferibile al diabete esclusa.

M. Limite catastrofale

In caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più assicurati, l'indennizzo non potrà superare la somma complessiva di € 25.000.000,00, fermo il limite per il rischio aeronautico. Qualora le indennità liquidabili a termini di polizza eccedessero nel loro complesso tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

N. Rischio comune

La polizza "rischi professionali" forma rischio comune con la polizza "rischi extraprofessionali" che verrà stipulata dalla medesima Società per la stessa categoria assicurata.

Per effetto di quanto sopra, la rescissione o la decadenza della presente polizza "rischi professionali" avrà come conseguenza la contestuale rescissione o decadenza della predetta polizza per i "rischi extraprofessionali"; analogamente, la rescissione o la decadenza della polizza per i "rischiextraprofessionali" stipulata per il tramite della Cassa Assidm, avrà come conseguenza la contestuale rescissione o decadenza della presente polizza "rischi professionali".

Resta inteso che in nessun caso lo stesso accadimento potrà interessare entrambe le coperture.

SEZIONE 4 - NORME CHE REGOLANO I SINISTRI

Art. 1 — Denuncia del sinistro e relativi obblighi

1.1 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 0 giorno lavorativo dall'infortunio o dal momento in cui il Contraente, l'Assicurato od i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità.
1.2 Avvenuto l'infortunio, l'Assicurato deve ricorrere alle cure di un medico e seguirne le prescrizioni.
1.3 Successivamente "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.
1.4 Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, dovrà essere dato immediatamente avviso atla Società a mezzo telefax e/o telegramma.
1.5 Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato, salvo che siano espressamente comprese nell'Assicurazione.
1.6 La Società si impegna a comunicare all'Assicurato di aver provveduto all'apertura del sinistro entro 15 giorni dalla ricezione della denuncia, segnalando il numero di riferimento assegnato. La Società si impegna ad individuare un unico centro di liquidazione danni per la gestione di tutti i sinistri che colpisono la polizza ed a comunicare all'Assicurato il nominativo di un unico referente per la liquidazione dei danni.

Art. 2 — Criteri di indennizzabilità

2.1 La Società corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio può avere esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.
2.2 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.

Art. 3 — Controversie

3.1 ln caso di controversie di natura medica sulla indennizzabilità dell'infortunio nonché sulla misura dei rimborsi o sulla liquidabilità delle indennità, le Parti si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere se ed in quale misura siano dovuti i rimborsi e le indennità a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo dalle Parti di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell lOrdine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio medico.
3.2 Il collegio medico risiede ove ha sede l'Assicurato/Contraente.
3.3 Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunererà il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico.
3.4 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.

Art 4 — Liquidazione dell'indennità

4.1 Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquiderà l'indennità che risulti dovuta, dandone comunicazione agli interessati e al Contraente.
4.2 Avuta notizia della loro accettazione, provvederà al pagamento entro 20 giorni dalla sottoscrizione del modulo di liquidazione dalla Società.

4.3 Il diritto all'indennità per invalidità permanente è di carattere personale, quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato morisse, dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Società pagherà ai beneficiari l'importo liquidato od offerto.
4.4 Inoltre, se dopo il pagamento di una indennità per invalidità permanente ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo l'Assicurato morisse, la Società corrisponderà ai beneficiari la differenza fra l'indennità pagata ed il capitale assicurato per il caso di morte ove questa fosse superiore e non chiederà il rimborso nel caso contrario.

Art 5 — Anticipo indennizzo

5.1 In caso di infortunio che provochi un'invalidità permanente sicuramente superiore al 30%, l'Assicurato ha facoltà di richiedere un anticipo indennizzo.
5,2 Tale richiesta può essere presentata trascorsi almeno 30 giorni dall'inoltro della denuncia di infortunio e la Società, entro i 90 giorni successivi, provvederà ad erogare un importo pari al 50% della somma che, sulla base delle stime preliminari effettuate dai medici, risulterà al momento liquidabile. Quando esistono giustificati dubbi sull'entità o sull'indennizzabilità del danno non si potrà dare luogo all'erogazione di anticipi. L'importo degli eventuali anticipi erogati verrà detratto dalla liquidazione definitiva del danno.

Art. 6 — Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio

6.1 La Società si impegna a fornire al Contraente, in formato elettronico Microsoft Excel@ o altro supporto informatico equivalente, il dettaglio dei sinistri, aggiornato a non oltre i 60 giorni precedenti, così articolato:
entro 60 giorni dal termine di ciascuna annualità assicurativa,

1. entro 180 giorni antecedenti la scadenza finale del contratto,
2. oltre la scadenza contrattuale, con cadenza annuale e fino alla completa definizione di tutti i sinistri compresi i riservati
3. nonché, in ogni caso di risoluzione anticipata del contratto, contestualmente all'esercizio del recesso,

a. sinistri denunciati (con indicazione del numero di sinistro attribuito dalla società, data di accadimento dell'evento, data di denuncia, descrizione dell'evento);
b. sinistri riservati (con indicazione dell'importo a riserva);
c. sinistri liquidati (con indicazione dell'importo liquidato);

sinistri senza seguito; e. sinistri respinti. 6.2 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 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.

6.3 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.
6.4 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 dell'I per mille dell'importo contrattuale 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.

SCEDA DI COPERTURA

CONTRAENTE	SOGESID
DURATA CONTRATTUALE	Anni 3 (tre) dalle ore 24.00 del 30/06/2021 alle ore 24.00 del 30/06/2024
SEZIONI ASSICURATE	
SOMME ASSICURATE Categoria A) N. Assucurati 0 • caso morte • caso invalidità permanente	 € 850.000,00 € 950.000,00
Categoria B) N. Assucurati 8 • caso morte • caso invalidità permanente	€ 775.000,00 € 775.000,00
Categoria C) N. Assucurati 30 • caso morte • caso invalidità permanente	€ 414.000,00 € 414.000,00
Categoria D) N. Assucurati 446 • caso morte • caso invalidità permanente	€ 310.000,00 € 310.000,00
Categoria E) N. Assucurati 1 • caso morte • caso invalidità permanente	€ 1.800.000,00 € 1.800.000,00
Categoria F) N. Assucurati 10 • caso morte • caso invalidità permanente	€ 500.000,00 € 500.000,00
PREMIO ANNUO LORDO COMPLESSIVO	**€**

La Sociatà

_____

Il Contraente

_____