

CONSIP SpA

Lotto n. 4

Polizza Infortuni Cumulativa

**Durata: dalle ore 24,00 del 28/02/2010
alle ore 24,00 del 28/02/2015**

DEFINIZIONI

ASSICURATO:	Il soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione
ASSICURAZIONE:	Il contratto di assicurazione
ATTIVITA':	Quella svolta dalla Contraente per Statuto
BROKER:	Marsh Spa, con sede in Roma Piazza Marconi, 25 intermediario che, ai sensi dell'art. 109, comma 2 lettera b) del D. Lgs. 209/2005, ha ricevuto l'incarico dal Contraente per l'assistenza nella stipulazione, gestione ed esecuzione del presente contratto di assicurazione
CONTRAENTE:	La persona giuridica che stipula l'assicurazione
FRANCHIGIA:	L'importo prestabilito di danno indennizzabile che rimane a carico dell'Assicurato
INDENNIZZO/RISARCIMENTO:	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro
POLIZZA:	Il documento contrattuale che prova l'assicurazione
PREMIO:	La somma dovuta alla Società
RISCHIO:	La probabilità del verificarsi del sinistro
SCOPERTO:	La percentuale prestabilita di danno indennizzabile che resta a carico dell'Assicurato
SINISTRO:	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa
SOCIETA':	L'Impresa assicuratrice
INABILITA' TEMPORANEA:	Temporanea incapacità fisica dell'Assicurato di attendere alle attività assicurate in polizza
INFORTUNIO:	Evento dovuto a causa violenta, fortuita ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili
INVALIDITÀ PERMANENTE:	Diminuzione o perdita definitiva ed irrimediabile della generica capacità dell'Assicurato a svolgere un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione esercitata

INVALIDITÀ

PERMANENTE DA MALATTIA: La perdita definitiva, a seguito di malattia, in misura totale o parziale, della capacità generica dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione

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

MALATTIE COESISTENTI: Malattie o invalidità presente nel soggetto, che non determinano alcuna influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sulla invalidità da essa causata, in quanto interessano sistemi organo-funzionali diversi.

MALATTIE CONCORRENTI: Malattie o invalidità presenti nel soggetto, che determinano una influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sulla invalidità da essa causata, in quanto interessano uno stesso sistema organo-funzionale.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

ART. 1 – PROVA DEL CONTRATTO

Il contratto di assicurazione e le sue eventuali modifiche e essere provate per iscritto. Sul contratto, o su qualsiasi altro documento che concede la copertura, deve essere indicato l'indirizzo della sede sociale e, se del caso, della succursale della Società che concede la copertura assicurativa.

ART. 2 – DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze della 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 e 1894 Codice Civile.

ART. 3 – DURATA, PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA

Il contratto di assicurazione ha la durata dal 28/02/2010 al 28/02/2015; tuttavia è concessa facoltà di rescindere il contratto ad entrambe le Parti con preavviso almeno di quattro mesi prima della scadenza annuale.

A richiesta del Contraente, verrà concessa proroga fino a sei mesi. In tale ipotesi, il premio relativo al periodo di proroga verrà conteggiato sulla base di 1/360 del premio.

A parziale deroga dell'art. 1901 C.C. il Contraente/Assicurato è tenuto al pagamento della prima rata di premio entro 60 giorni dal ricevimento della polizza, fermo restando l'effetto dell'operatività della copertura dalle ore 24 del giorno indicato in polizza. Trascorso infruttuosamente tale termine, la copertura avrà effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Il termine di 60 giorni dal ricevimento del documento, vale anche per il pagamento di appendici comportanti un premio alla firma.

Se il Contraente/Assicurato non paga i premi per le rate successive l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 60° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento ferme le successive scadenze (art. 1901 C.C.).

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

ART. 4 – AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento di rischio a lui noto.

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 Codice Civile.

ART. 5 – DIMINUZIONE DEL RISCHIO

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 Codice Civile e rinuncia al relativo diritto di recesso.

ART. 6 – BUONA FEDE

L'omissione da parte del Contraente di una circostanza eventualmente aggravante il rischio, così come le inesatte e/o incomplete dichiarazioni dei Contraente all'atto della stipulazione del contratto o durante il corso dello stesso, non pregiudicano il diritto al risarcimento dei danni, sempre che tali omissioni o inesatte dichiarazioni siano avvenute in buona fede (quindi esclusi casi di dolo o colpa grave). Rimane fermo il diritto della Società, una volta venuta a conoscenza di circostanze aggravanti, che comportino un premio maggiore, di richiedere la relativa modifica delle condizioni in corso (aumento del premio con decorrenza dalla data in cui le circostanze siano venute a conoscenza della Società o, in caso di sinistro, conguaglio del premio per l'intera annualità in corso).

ART. 7 – RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, le Parti possono recedere dall'assicurazione con preavviso di 90 giorni da darsi con lettera raccomandata A.R.

In ambedue i casi di recesso, la Società, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto delle imposte, relativa al periodo di rischio non corso.

Non è ammesso il recesso della Società dalla garanzia di singoli rischi o parti dell'assicurazione, salvo esplicita accettazione da parte del Contraente/Assicurato e conseguente riduzione del premio.

ART. 8 – ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente.

ART. 9 – FORO COMPETENTE

Foro competente è esclusivamente quello del luogo ove ha sede il Contraente.

ART. 10 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

ART. 11 – COASSICURAZIONE E DELEGA

L'assicurazione è ripartita per quota tra le Società indicate nel riparto allegato.

Resta confermato che in caso di sinistro ognuna delle Coassicuratrici concorrerà al pagamento dell'indennizzo in proporzione alla quota da essa assicurata, esclusa ogni responsabilità solidale.

La Spettabile _____, all'uopo designata Coassicuratrice Delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle Coassicuratrici indicate nel riparto a firmare gli atti sopraindicati anche in loro nome e per conto e ciò vale anche per il presente atto.

Pertanto, le comunicazioni inerenti alla polizza (ivi comprese le comunicazioni relative al recesso ed alla disdetta) devono trasmettersi dall'una all'altra parte solo per il tramite della Spettabile _____ la cui firma in calce di eventuali futuri atti impegnerà che le Coassicuratrici che in forza della presente clausola ne conferiscono mandato.

Nel caso in cui il presente contratto sia aggiudicato ad associazione temporanea di imprese costituitasi in termini di legge, si deroga totalmente al disposto dell'art. 1911 C.C., essendo tutte le imprese sottoscrittrici responsabili in solido nei confronti del Contraente.

La delega assicurativa è assunta dalla Compagnia indicata dal raggruppamento di imprese quale mandataria. Non è consentita l'associazione anche in partecipazione od il raggruppamento temporaneo di imprese concomitante o successivo all'aggiudicazione della gara.

ART. 12 – ASSICURAZIONI PRESSO DIVERSI ASSICURAZIONI

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare alla Società eventuali altre polizze da lui stipulate per i medesimi rischi.

ART. 13 – CLAUSOLA BROKER

Il Contraente incarica la Marsh S.p.A. della gestione ed esecuzione della presente polizza in qualità di Broker ai sensi della Legge 792/84 come modificata dal D. Lgs. 07/09/2005 n. 209 (Nuovo Codice delle Assicurazioni Private) relativamente alla conclusione ed alla gestione della presente assicurazione e per tutto il tempo della durata, incluse proroghe, rinnovi, riforme o sostituzioni.

Pertanto, agli effetti delle condizioni della presente polizza gli Assicuratori danno atto 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 dal Broker; che il pagamento dei premi dovuti alla Società, per qualsiasi motivo relativo alla presente assicurazione, venga effettuato dal Contraente al Broker, fermo restando l'efficacia liberatoria a termine dell'art. 1901 Codice Civile del pagamento così effettuato; che l'opera del Broker, unico intermediario nei rapporti con la Società, verrà remunerata dalle Compagnie con le quali verranno stipulati e/o prorogati i contratti con aliquota prowigionale pari al 9.% del premio imponibile. La remunerazione del Broker non dovrà in ogni caso rappresentare un costo aggiuntivo per il Contraente e verrà trattenuta dal Broker sulle rimesse dei premi di assicurazione all'atto della loro rendicontazione.

ART. 14 – OBBLIGO DI FORNIRE I DATI DELL'ANDAMENTO DEL RISCHIO

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

- sinistri denunciati;
- sinistri riservati (con indicazione dell'importo a riserva);
- sinistri liquidati (con indicazione dell'importo liquidato);
- sinistri senza seguito;
- sinistri respinti.

Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al Contraente di chiedere ed ottenere entro 30 giorni dalla richiesta un aggiornamento con le modalità di cui sopra in date diverse da quelle indicate.

ART. 15 – FORMA DELLE COMUNICAZIONI DEL CONTRAENTE ALLA SOCIETÀ

Tutte le comunicazioni, alle quali il Contraente è tenuto, devono essere fatte a mezzo raccomandata, raccomandata a mano, telex, telegramma, telefax, e-mail, o altro mezzo idoneo atto a comprovare la data ed il contenuto, indirizzati al Broker. Analoga procedura sarà adottata dalla Società nei confronti del Contraente.

ART. 16 – ELEMENTI PER IL CALCOLO DEL PREMIO

Il premio viene anticipato in base all'applicazione dei tassi, che rimangono fissi per tutta la durata del contratto, da applicarsi sui parametri, espressamente indicati nella Scheda di quotazione; il calcolo del premio di regolazione, se dovuto, verrà effettuato utilizzando i tassi indicati nella Scheda di quotazione.

ART. 17 – REGOLAZIONE E CONGUAGLIO DEL PREMIO

Il premio viene anticipato, in via provvisoria, per l'importo risultante dal conteggio esposto nella presente polizza, lo stesso sarà regolato alla fine del periodo assicurativo annuo, secondo le variazioni intervenute, durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il calcolo del premio.

A tale scopo, entro 90 giorni dalla fine dell'anno assicurativo, il Contraente deve fornire, per iscritto, i dati necessari per la regolazione del premio alla Società (per il tramite del Broker), che provvederà ad emettere ed a recapitare al Broker la relativa appendice contrattuale.

Le differenze, attive o passive risultanti dalla regolazione, devono essere pagate entro 60 giorni dalla data di ricezione del relativo documento.

Se nel termine di scadenza di cui sopra il Contraente non fa luogo alle anzidette comunicazioni circa la regolazione del premio, oppure non paga la differenza attiva del premio dovuto nei termini indicati, la Società fisserà un ulteriore termine di 30 giorni dandone comunicazione al medesimo a mezzo lettera raccomandata. Trascorso detto termine, la garanzia resterà sospesa, fermo l'obbligo del Contraente di provvedere al pagamento del premio di regolazione dovuto.

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

ART. 18 – EFFICACIA TEMPORALE DELLA GARANZIA

Le garanzie prestate avranno efficacia per i fatti accaduti durante la vigenza del presente contratto.

SEZIONE 1 - INFORTUNI COMPONENTI CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE**NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI
COMPONENTI CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE**

Le condizioni che seguono prevalgono in caso di discordanza sulle norme che regolano l'assicurazione in generale. L'eventuale discordanza tra le norme che regolano l'assicurazione in generale, le norme che regolano l'assicurazione in particolare, le norme del Codice Civile sui contratti di assicurazione, verrà risolta sempre nella maniera più favorevole al Contraente e/o agli Assicurati.

ART. 1 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione vale per:

gli infortuni che l'Assicurato subisca durante l'espletamento di qualsiasi incarico o mansione svolto per conto dell'Ente, inclusi, a titolo esemplificativo e non limitativo, i rischi legati alla partecipazione a riunioni, sopralluoghi ad impianti della Contraente ivi compresi il rischio in itinere ed i trasferimenti in genere, e comunque durante lo svolgimento del mandato ricoperto della sottoindicata categoria:

- A) Componenti del Consiglio di Amministrazione (Presidente e Consiglieri di Amministrazione)

ART. 2 – RISCHI INCLUSI NELL'ASSICURAZIONE

Ai sensi della presente polizza sono considerati parificati ad infortunio anche i seguenti eventi:

- annegamento;
- folgorazione;
- effetti delle influenze termiche ed atmosferiche;
- assideramento e/o congelamento;
- asfissia per involontaria aspirazione di gas o vapori, soffocamento da ingestione di solidi e liquidi e comunque di qualunque corpo estraneo;
- avvelenamenti acuti da ingestione di cibo o altra sostanza;
- intossicazione anche non avente origine traumatica;
- lesioni da contatto con sostanze corrosive;
- colpi di sole o di calore;
- lesioni muscolari (esclusi gli infarti);
- ernie traumatiche e da sforzo, incluse anche le ernie discali;
- conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche o di altre cure rese necessarie da infortunio;
- danni estetici conseguenti ad infortunio.

Sono inoltre compresi i seguenti eventi:

- Infortuni sofferti in stato di malore o incoscienza;
- Infortuni derivanti da imperizia, imprudenza, negligenza o colpa grave;
- Infortuni subiti in occasione di inondazioni, alluvioni, straripamenti, caduta di fulmine, eruzioni vulcaniche ed altri eventi naturali;
- Infortuni subiti in occasione di tumulti popolari, atti di terrorismo, scioperi sommosse, sabotaggio, attentati a condizione che l'Assicurato non via abbia preso parte attiva.

ART. 3 – DELIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE – ESCLUSIONI

Sono esclusi dalla presente assicurazione gli infortuni derivanti:

- dall'uso e guida di mezzi di locomozione aerei e subacquei
- dalla pratica di paracadutismo e sport aerei in genere;
- dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove) a livello professionistico, salvo che si tratti di gare automobilistiche di regolarità pura o di gare podistiche, di bocce, ginnastica, pattinaggio, golf, pesca senza uso di autorespiratore, squash, scherma, tennis, regate veliche escluse quelle di altura, gare e/o partite aziendali e/o eventi a carattere ricreativo o di attività ciclo amatoriali;
- derivanti da guerra e/o insurrezioni;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche;
- da abuso di psicofarmaci e/o dall'uso non terapeutico di sostanze stupefacenti e/o di allucinogeni;
- da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- da stato di intossicazione acuta alcolica alla guida di qualsiasi veicolo e/o natante;
- da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio.

ART. 4 - ASSICURAZIONE A CAPITALI FISSI

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le generalità delle persone da ritenersi assicurate. Tali persone dovranno essere in condizioni di assicurabilità a norma del relativo articolo 8 delle condizioni generali di assicurazione. Per l'identificazione delle medesime si fa riferimento ai libri di amministrazione del Contraente ed agli altri registri per le assicurazioni sociali, documenti che il contraente stesso si obbliga ad esibire in qualsiasi momento alle persone incaricate dalla Società di effettuare accertamenti e controlli salvo il caso di personale non iscritto ai libri predetti per il quale, ai fini della efficacia della garanzia, il Contraente è obbligato a comunicare le generalità Società anche per il tramite del Broker, con l'intesa che la garanzia decorrerà dalle ore 24 della data di avvenuto ricevimento di detta comunicazione.

ART. 5 – ASSICURABILITÀ

Le garanzie assicurative non valgono per le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, epilessia o dalle seguenti infermità mentali: schizofrenia, sindromi organico-cerebrali, forme maniaco depressive, stati paranoici; l'assicurazione altresì cessa con il manifestarsi di una delle predette condizioni. Le garanzie assicurative, inoltre, non valgono per le persone di età maggiore di 80 anni.

ART. 6 – LIMITI TERRITORIALI

La presente assicurazione vale per il mondo intero

ART. 7 – MORTE

La somma assicurata per il caso Morte viene liquidata dalla Società ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi in parti uguali, purché la morte dell'Assicurato risulti conseguenti ad un infortunio risarcibile a termini di polizza e questa si verifichi entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio stesso è avvenuto.

ART. 8 – INVALIDITÀ PERMANENTE

Se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità Permanente e questa si verifica entro due anni dal giorno nel quale è avvenuto, la Società liquida per tale titolo una indennità calcolata sulla somma assicurata per invalidità assoluta, secondo la tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali (con esclusione comunque di ogni e qualsiasi invalidità conseguente a malattia professionale) approvata con D.P.R. del 30.06.1965 n. 1124, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista.

Per gli Assicurati mancini, le percentuali di Invalidità Permanente previste dalla precisata tabella per l'arto superiore destro varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa. La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso: se trattasi di minorazione, le percentuali di cui alla citata tabella vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.

Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti, le percentuali previste nella predetta tabella sono addizionate fino al massimo del 100% della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente Totale.

ART. 9 – INABILITÀ TEMPORANEA (garanzia non operante)

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

- integralmente, per tutto il tempo in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità di attendere alle occupazioni dichiarate;
- parzialmente, per tutto il tempo in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle sue occupazioni, in relazione al grado che egli ha conservato o che è andato riacquistando della sua capacità fisica.

L'indennità per Inabilità Temporanea che è corrisposta per il periodo della necessaria cura medica, decorre dal giorno successivo a quello dell'infortunio regolarmente denunciato o, in caso di ritardo, dal giorno successivo a quello della denuncia e cessa col giorno precedente a quello dell'avvenuta guarigione.

Detta indennità viene corrisposta per un periodo massimo di 300 giorni da quello dell'infortunio.

Nel caso che l'Assicurato non abbia inviato successivi certificati medici nel termine prescritto dall'art. 1 delle Norme che regolano la gestione dei sinistri), la liquidazione dell'indennizzo viene fatta considerando data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che la Società possa stabilire una data anteriore.

ART. 10 – CUMULO DI INDENNITÀ

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

Il diritto all'indennità per Invalidità Permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Società paga agli eredi l'importo liquidato od offerto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

ART. 11 – SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO

La Società rimborsa agli Assicurati, in caso di infortunio risarcibile a termini di polizza, il costo delle cure mediche sostenute fino a concorrenza, per ogni evento, dell'importo di Euro 5.000,00.

Per cure mediche si intendono:

- spese ospedaliere o cliniche;
- onorari a medici e a chirurghi;
- accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio;
- spese per il trasporto su ambulanze e/o mezzi speciali di soccorso all'Istituto di cura o all'ambulatorio;
- spese fisioterapeutiche in genere e spese farmaceutiche;
- spese per la prima protesi, escluse comunque le protesi dentarie.

Rimangono espressamente escluse le spese sostenute per operazioni di chirurgia plastica, salvo quelle rese necessarie per eliminare o contenere il gradi di invalidità permanente.

La garanzia è prestata con una franchigia fissa di Euro 50,00= per evento, importo che rimane, quindi, a carico dell'Assicurato.

ART. 12 – FRANCHIGIA

L'indennizzo per invalidità permanente verrà liquidato con le seguenti modalità.

Componenti del C.D.A.: nessuna franchigia

SEZIONE 2 - INFORTUNI E INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA DIRIGENTI E AMMINISTRATORE DELEGATO; INFORTUNI DIPENDENTI DI OGNI ORDINE E GRADO

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI DIRIGENTI, AMMINISTRATORE DELEGATO E DIPENDENTI

Le condizioni che seguono prevalgono in caso di discordanza sulle norme che regolano l'assicurazione in generale. L'eventuale discordanza tra le norme che regolano l'assicurazione in generale, le norme che regolano l'assicurazione in particolare, le norme del Codice Civile sui contratti di assicurazione, verrà risolta sempre nella maniera più favorevole al Contraente e/o agli Assicurati.

ART. 1 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione vale per:

gli infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio delle occupazioni professionali ed extra-professionali delle seguenti categorie:

- B1) Dirigenti
- B2) Amministratore Delegato
- B3) Dipendenti di ogni ordine e grado

ART. 2 – RISCHI INCLUSI NELL'ASSICURAZIONE

Ai sensi della presente polizza sono considerati parificati ad infortunio anche i seguenti eventi:

- annegamento;
- folgorazione;
- effetti delle influenze termiche ed atmosferiche;
- assideramento e/o congelamento;
- asfissia per involontaria aspirazione di gas o vapori, soffocamento da ingestione di solidi e liquidi e comunque di qualunque corpo estraneo;
- avvelenamenti acuti da ingestione di cibo o altra sostanza;
- intossicazione anche non avente origine traumatica;
- lesioni da contatto con sostanze corrosive;
- colpi di sole o di calore;
- lesioni muscolari (esclusi gli infarti);
- ernie traumatiche e da sforzo, incluse anche le ernie discali;
- conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche o di altre cure rese necessarie da infortunio;
- danni estetici conseguenti ad infortunio.

Sono inoltre compresi i seguenti eventi:

- Infortuni sofferti in stato di malore o incoscienza;
- Infortuni derivanti da imperizia, imprudenza, negligenza o colpa grave;
- Infortuni subiti in occasione di inondazioni, alluvioni, straripamenti, caduta di fulmine, eruzioni vulcaniche ed altri eventi naturali;
- Infortuni subiti in occasione di tumulti popolari, atti di terrorismo, scioperi sommosse, sabotaggio, attentati a condizione che l'Assicurato non via abbia preso parte attiva.

ART. 3 – DELIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE – ESCLUSIONI

Sono esclusi dalla presente assicurazione gli infortuni derivanti:

- dall'uso e guida di mezzi di locomozione aerei e subacquei
- dalla pratica di paracadutismo e sport aerei in genere;
- dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove) a livello professionistico, salvo che si tratti di gare automobilistiche di regolarità pura o di gare podistiche, di bocce, ginnastica, pattinaggio, golf, pesca senza uso di autorespiratore, squash, scherma, tennis, regate veliche escluse quelle di altura, gare e/o partite aziendali e/o eventi a carattere ricreativo o di attività ciclo amatoriali;
- derivanti da guerra e/o insurrezioni;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche;
- da abuso di psicofarmaci e/o dall'uso non terapeutico di sostanze stupefacenti e/o di allucinogeni;
- da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- da stato di intossicazione acuta alcolica alla guida di qualsiasi veicolo e/o natante;
- da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio.

ART. 4 – CONDIZIONI VALIDE PER LE CATEGORIE ASSICURATE IN BASE ALL'AMMONTARE DELLE RETRIBUZIONI

Agli effetti assicurativi, per retribuzione s'intende tutto quanto, al lordo delle ritenute, il dipendente effettivamente riceve a compenso delle sue prestazioni, comprese le indennità fisse, i premi, le gratificazioni, i compensi speciali di qualsiasi natura (escluso quanto corrisposto a titolo di rimborso spese), quando pure abbiano carattere transitorio o di contingenza, la partecipazione agli utili e le provvigioni, nonché l'equivalente in denaro di tutte le corresponsioni in natura, purché sul tutto sia conteggiato o conteggiabile il premio di assicurazione.

Per liquidazione delle indennità è considerata retribuzione di fatto annuo dell'infortunato quella percepita nel mese precedente a quello in cui si è verificato l'infortunio, moltiplicato per le mensilità di contratto; a tale ammontare si aggiungeranno le somme relative a retribuzioni non pagabili ricorrentemente in ciascun mese e corrisposte effettivamente all'infortunato nei 12 mesi precedenti per i titoli di cui sopra, purché su tali somme sia conteggiato o sia conteggiabile il premio di assicurazione.

Per i dipendenti che non abbiano raggiunto il mese di servizio e per quelli assunti temporaneamente, per liquidazione delle indennità è considerata retribuzione annua dell'infortunato quella che si ottiene moltiplicando per 365 la retribuzione giornaliera media attribuibile all'infortunato per il periodo di tempo decorrente dall'assunzione in servizio fino al giorno dell'infortunio.

La Contraente è esonerata dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate.

Per l'identificazione di tali persone, per la determinazione delle somme assicurate e per il computo del premio, si farà riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione della Contraente, libri che questa si impegna ad esibire in qualsiasi momento, insieme ad ogni altro documento probatorio in suo possesso, a semplice richiesta delle persone incaricate dalla Società di fare accertamenti e controlli.

ART. 5 – ASSICURABILITÀ

Le garanzie assicurative non valgono per le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, epilessia o dalle seguenti infermità mentali: schizofrenia, sindromi organiche-cerebrali, forme maniaco depressive, stati paranoici; l'assicurazione altresì cessa con il manifestarsi di una delle predette condizioni. Le garanzie assicurative, inoltre, non valgono per le persone di età maggiore di 80 anni.

ART. 6 – LIMITI TERRITORIALI

La presente assicurazione vale per il mondo intero

ART. 7 – MORTE

La somma assicurata per il caso Morte viene liquidata dalla Società ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi in parti uguali, purché la morte dell'Assicurato risulti conseguenti ad un infortunio risarcibile a termini di polizza e questa si verifichi entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio stesso è avvenuto.

ART. 8 – INVALIDITÀ PERMANENTE

Se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità Permanente e questa si verifica entro due anni dal giorno nel quale è avvenuto, la Società liquida per tale titolo una indennità calcolata sulla somma assicurata per invalidità assoluta, secondo la tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali (con esclusione comunque di ogni e qualsiasi invalidità conseguente a malattia professionale) approvata con D.P.R. del 30.06.1965 n. 1124, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista.

Per gli Assicurati mancini, le percentuali di Invalidità Permanente previste dalla precisata tabella per l'arto superiore destro varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa. La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso: se trattasi di minorazione, le percentuali di cui alla citata tabella vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.

Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti, le percentuali previste nella predetta tabella sono addizionate fino al massimo del 100% della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente Totale.

ART. 9 – INABILITÀ TEMPORANEA (garanzia non operante)

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

- integralmente, per tutto il tempo in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità di attendere alle occupazioni dichiarate;
- parzialmente, per tutto il tempo in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle sue occupazioni, in relazione al grado che egli ha conservato o che è andato riacquistando della sua capacità fisica.

L'indennità per Inabilità Temporanea che è corrisposta per il periodo della necessaria cura medica, decorre dal giorno successivo a quello dell'infortunio regolarmente denunciato o, in caso di ritardo, dal giorno successivo a quello della denuncia e cessa col giorno precedente a quello dell'avvenuta guarigione.

Detta indennità viene corrisposta per un periodo massimo di 300 giorni da quello dell'infortunio.

Nel caso che l'Assicurato non abbia inviato successivi certificati medici nel termine prescritto dall'art. 1 delle Norme che regolano la gestione dei sinistri), la liquidazione dell'indennizzo viene fatta considerando data di guarigione quella prognosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che la Società possa stabilire una data anteriore.

ART. 10 – CUMULO DI INDENNITÀ

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

Il diritto all'indennità per Invalidità Permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Società paga agli eredi l'importo liquidato od offerto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

ART. 11 – SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO

La Società rimborsa agli Assicurati, in caso di infortunio risarcibile a termini di polizza, il costo delle cure mediche sostenute fino a concorrenza, per ogni evento, dell'importo di Euro 5.000,00=.

Per cure mediche si intendono:

- spese ospedaliere o cliniche;
- onorari a medici e a chirurghi;
- accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio;
- spese per il trasporto su ambulanze e/o mezzi speciali di soccorso all'Istituto di cura o all'ambulatorio;
- spese fisioterapeutiche in genere e spese farmaceutiche;
- spese per la prima protesi, escluse comunque le protesi dentarie.

Rimangono espressamente escluse le spese sostenute per operazioni di chirurgia plastica, salvo quelle rese necessarie per eliminare o contenere il grado di invalidità permanente.

La garanzia è prestata con una franchigia fissa di Euro 50,00= per evento, importo che rimane, quindi, a carico dell'Assicurato.

ART. 12 – FRANCHIGIA

L'indennizzo per invalidità permanente verrà liquidato con le seguenti modalità.

Categoria B1) Dirigenti: nessuna franchigia

Categoria B2) Amministratore Delegato: nessuna franchigia

Categoria B3) Dipendenti:

- rischi professionali: l'indennizzo verrà liquidato senza applicazione di nessuna franchigia;
- rischi extraprofessionali: l'indennizzo per invalidità permanente verrà liquidato con la deduzione di una franchigia assoluta del 3%, in caso di invalidità permanente di grado pari o superiore al 15% la franchigia di cui sopra s'intende annullata.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA VALIDA PER I DIRIGENTI E AMMINISTRATORE DELEGATO

Le condizioni che seguono prevalgono in caso di discordanza sulle norme che regolano l'assicurazione in generale.

L'eventuale discordanza tra le norme che regolano l'assicurazione in generale, le norme che regolano l'assicurazione in particolare, le norme del Codice Civile sui contratti di assicurazione, verrà risolta sempre nella maniera più favorevole alla Contraente e/o agli Assicurati.

ART. 1 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione vale per il caso di invalidità permanente conseguente a malattia manifestatasi successivamente alla data di effetto del contratto stesso e non oltre la data della sua cessazione, per le seguenti categorie:

- B1) Dirigenti
- B2) Amministratore Delegato

ART. 2 – DELIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE – ESCLUSIONI

Sono esclusi dalla garanzia le Invalidità Permanenti derivanti da:

- a) intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o dall'uso a scopi non terapeutici, di psicofarmaci, di stupefacenti, di allucinogeni;
- b) trasmutazione del nucleo dell'atomo, nonché da radiazioni provocate da accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- c) malattie professionali di cui al D.P.R. 30.06.1965 n. 1124 e successive modifiche;
- d) eventi connessi a guerra, guerra civile, insurrezione a carattere generale;
- e) dolo dell'assicurato;
- f) malattie e stati patologici insorti anteriormente alla stipulazione del contratto e conosciuti dall'Assicurato;
- g) malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- h) positività H.I.V., A.I.D.S. e sindromi ad essa correlate;
- i) trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche
- j) guerre ed insurrezioni

ART. 3 – ASSICURABILITÀ

Le garanzie assicurative non valgono per le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, epilessia, infermità mentali; l'assicurazione altresì cessa con il manifestarsi di una delle predette condizioni.

Le garanzie assicurative, inoltre, non valgono per le persone di età maggiore di 65 anni, mentre per quelle assicurate cessa automaticamente alla scadenza annuale immediatamente successiva al compimento del sessantacinquesimo anno di età.

ART. 4 – LIMITI TERRITORIALI

La presente assicurazione valer per il mondo intero.

ART. 5 – CRITERI DI LIQUIDAZIONE

In caso di accertata Invalidità Permanente si conviene che non si farà luogo ad indennizzo quando la stessa sia di grado inferiore al 25% della totale. Se invece essa risulterà superiore o pari al 25% della totale, l'impresa liquida una indennità calcolata sulla somma assicurata in base alle percentuali seguenti:

Percentuale di invalidità permanente accertata	Percentuale da applicare sulla somma assicurata
63	91
64	94
65	97
28	7
29	9
30	11
31	13
32	15
33	17
34	19
35	21
36	23
37	25
38	27
39	29
40	31
41	33
42	35
43	37
44	39
45	41
46	43
47	45
48	47
49	49
50	52
51	55
52	58
53	61
54	64
55	67
56	70
57	73
58	76
59	79
60	82
61	85
62	88

La percentuale di invalidità permanente viene accertata con riferimento alla tabella allegata al T.U. sulla assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e per le malattie professionali, approvata con D.P.R. del 30.06.1965 n. 1124 e successive modifiche non prima che sia decorso un anno dalla denuncia e comunque non oltre 38 mesi da tale data.

Nei casi di Invalidità Permanente non specificati nella predetta tabella, l'indennità viene stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi indicati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità lavorativa generica dell'Assicurato.

La visita fiscale sarà effettuata contemporaneamente dal medico dell'Assicurato e dal medico della Compagnia, i quali definiranno e concorderanno il grado di invalidità permanente.

In caso di controversie vale quanto previsto dall'art. 2 delle Norme che regolano la gestione sinistri.

ART. 6 – CUMULO DI INDENNITÀ

La presente garanzia non potrà in alcun caso cumularsi con quella di Invalidità Permanente da Infortunio.

ART. 7 – GARANZIA SUPPLEMENTARE

In caso di Morte dell'Assicurato in dipendenza della malattia dopo 1 anno dalla denuncia della stessa o in ogni caso prima che l'indennizzo sia stato liquidato o comunque offerto in misura determinata, l'Impresa pagherà agli eredi dell'Assicurato tutte le spese sanitarie sostenute in dipendenza della malattia denunciata, con il limite di Euro 2.500,00=.

NORME CHE REGOLANO LA GESTIONE SINISTRI VALIDE PER TUTTE LE SEZIONI

ART. 1 – DENUNCIA SINISTRI

SEZIONE INFORTUNI

Entro 30 giorni dal fatto o dal giorno in cui l'ufficio competente del Contraente ne è venuto a conoscenza deve essere fatta denuncia di ciascun sinistro al Broker. La denuncia deve contenere la narrazione del fatto, l'indicazione delle conseguenze, il nome ed il domicilio degli infortunati e dei testimoni, la data, il luogo e le cause del sinistro. Il Contraente deve poi far seguire, nel più breve tempo possibile, la ulteriore documentazione del caso.

SEZIONE INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

L'Assicurato deve denunciare alla Società qualsiasi malattia che, secondo parere medico, possa provocare una invalidità Permanente indennizzabile a termini di polizza; la denuncia deve essere effettuata entro 30 giorni dal rilascio del relativo certificato o dal giorno in cui l'ufficio competente del Contraente ne è venuto a conoscenza e comunque non oltre un anno dalla data di cessazione del contratto.

ART. 2 – CONTROVERSIE

In caso di divergenze sulla natura e sulle conseguenze delle lesioni, sul grado di Invalidità Permanente o sul grado o durata della Inabilità Temporanea, le Parti si obbligano a conferire mandato, con scrittura privata, ad un Collegio di tre medici di decidere a norma e nei limiti delle Condizioni di polizza. Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge.

La proposta di convocare il Collegio Medico deve partire dall'Assicurato o dagli aventi diritto e deve essere fatta per iscritto con l'indicazione del nome del medico designato, dopo di che la Società comunica all'Assicurato il nome del medico che essa a sua volta designa. Il terzo medico viene scelto dalle Parti sopra una terna di medici proposta dai primi due; in caso di disaccordo lo designa il Segretario dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio Medico. Nominato il terzo medico, la Società convoca il Collegio invitando l'Assicurato a presentarsi. Il Collegio Medico risiede presso la sede del Contraente.

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

La decisione del Collegio Medico è obbligatoria per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

ART. 3 – LIQUIDAZIONE

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquida l'indennizzo dovuto, ne dà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvede al pagamento. L'indennizzo viene corrisposto in Italia nella valuta corrente.

CONDIZIONI PARTICOLARI VALIDE PER TUTTE LE SEZIONI

A) RINUNCIA ALLA RIVALSA

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato o suoi aventi diritto, all'azione di rivalsa verso i terzi responsabili dell'infortunio che le compete per l'art. 1916 Codice Civile

B) MORTE PRESUNTA

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato, e si presuma sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà ai beneficiari il capitale previsto per il caso Morte. La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termine degli art. 60 e 62 Codice Civile.

Resta inteso che, se dopo che la Società ha pagato l'indennità, risulterà che l'Assicurato è vivo, la Società avrà diritto alla restituzione della somma pagata.

A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'Invalidità Permanente eventualmente subita.

C) ESPOSIZIONE AGLI ELEMENTI

La Società, in occasione di arenamento, naufragio, atterraggio forzato di mezzi di trasporto non esclusi dagli Artt. 2 e 4 Norme che regolano l'assicurazione Infortuni, corrisponderà le somme rispettivamente assicurate per il caso Morte e 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.

D) ERNIE TRAUMATICHE E DA SFORZO

A specificazione di quanto disposto a tale proposito all'Art 2 (Rischi inclusi nell'assicurazione), 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) della 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 - Controversie - delle Norme che regolano i sinistri.

E) MOVIMENTI TELLURICI

L'assicurazione comprende gli infortuni derivanti da movimenti tellurici.

F) RISCHIO VOLO

L'assicurazione è estesa agli infortuni subiti dall'Assicurato durante i viaggi aerei, effettuati in qualità di passeggero (ma non come pilota o altro membro dell'equipaggio) su velivoli ed elicotteri da chiunque eserciti, tranne che:

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

Agli effetti della presente garanzia, il viaggio aereo si intende iniziato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo e terminato nel momento in cui ne discende.

Il caso di sinistro la Società non potrà essere chiamata a risarcire un indennizzo complessivo superiore all'importo di Euro 20.000.000,00 qualunque sia il numero degli Assicurati viaggianti sull'aeromobile.

G) RISCHIO GUERRA

La garanzia assicurativa prestata all'estero, si intende estesa agli infortuni derivanti dallo stato di guerra, per un periodo massimo di quattordici giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici

H) ESONERO DENUNCIA DI INFERMITA' E DIFETTI

Fermo restando quanto disposto dalle Norme che regolano l'assicurazione Infortuni si dà atto che il Contraente è esonerato dalla denuncia di difetti, infermità o mutilazioni cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione del contratto o che dovessero in seguito sopravvenire.

In caso di infortunio, l'indennità per Invalidità Permanente viene liquidata per le sole conseguenze dirette causate dall'infortunio, conformemente a quanto previsto dal presente contratto.

I) DANNI ESTETICI

Si conviene che, in caso di infortunio che abbia cagionato un danno di carattere estetico e lo stesso risulti non altrimenti indennizzabile ai termini del presente contratto, la Società riconoscerà il rimborso delle spese mediche sostenute dall'Assicurato per la riduzione del danno fino a concorrenza di Euro 2.600,00= per evento.

J) RADDOPPIO CAPITALE IN CASO DI COMMORIENZA

Se il medesimo infortunio provoca la morte dell'Assicurato e del suo coniuge non legalmente separato e se i loro figli minorenni risultano beneficiari dell'assicurazione, la Società paga una seconda volta la somma convenuta per il caso Morte con il massimo di Euro 250.000,00=

La presente estensione di garanzia non vale per il rischio di volo.

K) RISCHIO IN ITINERE (garanzia valida per i membri del C.D.A.)

La garanzia è altresì operante per gli infortuni che gli assicurati dovessero subire durante il tragitto abitazione-sedi e/o uffici del Contraente – luogo del distacco e viceversa

L) RAPINA, TENTATA RAPINA, SEQUESTRO DI PERSONA

Resta convenuto che se l'Assicurato muore in conseguenza di rapina, tentata rapina o sequestro di persona, la Società corrisponde il doppio della somma assicurata per il caso Morte. Resta comunque convenuto che, indipendentemente dall'indennità assicurata, il maggiore indennizzo da corrispondere non potrà, in ogni caso, superare l'importo di Euro 250.000,00=.

M) MORSI DI ANIMALI, PUNTURE DI INSETTI

Resta convenuto tra le parti che sono considerati infortuni le lesioni causate da infezioni acute obiettivamente accertate ed avvelenamenti che derivassero direttamente da punture di insetti e/o morsi di animali con esclusione della malaria e del carbonchio, ma con l'inclusione delle infezioni carbonchiose causate da ferite e/o abrasioni risarcibili a termini di polizza.

N) MALATTIE TROPICALI

Resta convenuto tra le parti che, limitatamente al caso di Invalidità Permanente, la garanzia è estesa alle malattie tropicali di cui gli Assicurati fossero colpiti durante il soggiorno in tutto il Mondo, con l'intesa che per malattie tropicali devono intendersi quelle contemplate nel R.D. del 1938 e successive modificazioni.

Resta convenuto inoltre che:

- la valutazione dell'Invalidità permanente sarà effettuata facendo riferimento alla tabella allegata al D.P.R. del 30 Giugno 1965, n. 1124 e successive modificazioni, con l'intesa che le percentuali indicate nella tabella anzidetta vengano riferite ai capitali assicurati in polizza per il caso di Invalidità Permanente.

- non si farà luogo ad indennizzo quando il grado di Invalidità Permanente e' pari o inferiore al 15%, se invece l'Invalidità Permanente risulta superiore a detta percentuale, l'indennizzo viene liquidato senza applicazione di alcuna franchigia.

- il periodo utile massimo per provvedere alla valutazione definitiva del danno indennizzabile a norma delle presenti disposizioni per il rischio delle malattie tropicali, viene fissato in due anni dal giorno della denuncia della malattia.

O) MALATTIE PROFESSIONALI

Relativamente alla categoria Dirigenti e Quadri se previsto dal contratto di lavoro si conviene quanto segue:

l'assicurazione viene estesa alle malattie professionali che si manifestino nel corso di validità del presente contratto e che producano la Morte o riducano l'attitudine al lavoro;

la valutazione dell'Invalidità permanente da malattia professionale sarà effettuata facendo riferimento alla tabella allegata al D.P.R. del 30 Giugno 1965, n. 1124 e successive modificazioni, con l'intesa che le percentuali indicate nella tabella anzidetta vengano riferite ai capitali assicurati in polizza per il caso di Invalidità Permanente.

P) GRAVE INVALIDITÀ PERMANENTE

1) Relativamente alla categoria dei Dirigenti e Quadri (di cui alla categoria Dipendenti) si conviene quanto segue: qualora in conseguenza di infortunio o di malattia professionale

l'attitudine al lavoro dell'Assicurato risulti permanentemente ridotta in modo tale da non consentire un'attività lavorativa in mansioni compatibili, la somma assicurata per il caso di invalidità permanente viene liquidata al 100%

- 2) Relativamente alle altre categorie (tutti gli altri dipendenti) si conviene quanto segue: qualora in conseguenza di infortunio o di malattia professionale l'attitudine al lavoro dell'Assicurato risulti permanentemente ridotta al 60%, la somma assicurata per il caso di invalidità permanente viene liquidata al 100%

Q) SPORT PERICOLOSI (garanzia valida solo per i Dirigenti)

Si conviene che l'assicurazione vale anche per gli infortuni derivanti dalla pratica non professionale di qualsiasi sport, escluso il paracadutismo e gli sport aerei in genere.

R) RESPONSABILITÀ DEL CONTRAENTE

Qualora la Contraente e/o suoi Dipendenti siano ritenuti responsabili dell'infortunio, l'indennizzo dovuto dalla Società ai sensi della presente polizza sarà imputato nel risarcimento spettante all'Assicurato o ai suoi aventi diritto.

S) RIMPATRIO DELL SALMA

In caso di decesso dell'assicurato a seguito di infortunio occorso durante la sua permanenza all'estero, la Società, fino alla concorrenza di Euro 5.000,00=, rimborserà le spese sostenute per il trasporto della salma dal luogo dell'infortunio al luogo della sepoltura in Italia.

T) RIENTRO SANITARIO IN AEREO

In caso di infortunio e/o malattia improvvisa all'Estero e qualora l'Assicurato necessiti, a giudizio dei medici della Società e dei medici curanti presso la struttura ospedaliera in cui si trova ricoverato, di un trasferimento in una struttura ospedaliera in Italia, più idonea e specializzata alle cure del caso, la Società rimborsa air Assicurato le spese per il trasporto aereo sanitario:

- A) in un ospedale attrezzato in Italia per il prosieguo delle cure e/o ulteriori indagini diagnostiche;
- B) presso la sua residenza.

Tale mezzo potrà essere:

- aereo sanitario (previsto solo per i Paesi Europei e per i Paesi del Bacino Mediterraneo);
- aereo di linea classe economica, se necessario con posto barellato.

Le spese per il trasporto, la sua organizzazione e l'eventuale costo del personale sanitario necessario durante il rientro, sarà a carico della Società fino ad Euro 50.000,00. La Società ha facoltà di richiedere l'eventuale biglietto di viaggio non utilizzato per il rientro dell'Assicurato. Non danno luogo a prestazione le infermità o le lesioni che a giudizio della Società, possano essere curate in loco o che non pregiudichino la prosecuzione del viaggio. La prestazione non verrà altresì fornita in quei casi in cui si contravvenga a norme sanitarie nazionali o internazionali.

U) RADDOPPIO DELLA SOMMA ASSICURATA IN CASO DI MORTE

Se il medesimo infortunio provoca la morte dell'Assicurato e del coniuge non separato e se i loro figli minorenni conviventi, risultano unici beneficiari dell'assicurazione, la Società paga la somma convenuta per il caso di morte, aumentata del 100% ma entro il limite di Euro 1.000.000,00=

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

ART. 3 – Durata, Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

ART. 7 – Recesso in caso di sinistro

ART. 9 – Foro Competente

ART. 12 – Assicurazione presso diversi assicuratori

ART. 13 – Clausola Broker

La Società

Il Contraente

SOMME ASSICURATE

L'assicurazione è prestata alle condizioni tutte della presente polizza per le persone appartenenti alle sezioni di seguito riportate, e per le garanzie e capitali specifici della singola categoria.

INFORTUNI**CATEGORIA A) Assicurati a Capitali fissi****N° 4 COMPONENTI DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE**

Garanzia	Capitali per Assicurato
Caso Morte	€1.200.000,00
Caso Invalidità Permanente totale	€1.500.000,00

CATEGORIA B) Assicurati in base al preventivo delle retribuzioni**Categoria B1) Dirigenti**

Garanzia	Massimale
Caso Morte	5 volte la retribuzione annua con il limite di €1.300.000,00
Caso Invalidità Permanente	6 volte la retribuzione annua con il limite di €1.600.000,00

Categoria B2) Amministratore Delegato

Garanzia	Massimale
Caso Morte	5 volte la retribuzione annua con il limite di €1.650.000,00
Caso Invalidità Permanente	6 volte la retribuzione annua con il limite di €1.980.000,00

Categoria B3) Dipendenti di ogni ordine e grado

Garanzia	Massimale
Caso Morte	5 volte la retribuzione annua con il limite di €400.000,00
Caso Invalidità Permanente	6 volte la retribuzione annua con il limite di €480.000,00

INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA**Categoria B1) Dirigenti****Categoria B2) Amministratore Delegato**

Capitale assicurato	€145.000,00
----------------------------	-------------