

LOTTO 1
Capitolato Polizza INFORTUNI – CIG 7096105318

La presente polizza è stipulata tra

| |
|---|
| Fondazione Istituto Italiano Tecnologia - IIT Via Morego, 30 16163 Genova C.F. 97329350587 |
|---|

e

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

Durata del contratto

| | |
|-----------------------------|---------------------|
| Dalle ore 24.00 del: | .../.../2017 |
| Alle ore 24.00 del: | .../.../2018 |

Rateazione del premio: annuale

SCHEDE CATEGORIE ASSICURATE E INDENNITA' GARANTITE

Forma parte integrante del contratto

| | |
|---|---------------|
| Assicurati Categoria A) | |
| Membri del Comitato Esecutivo per gli infortuni professionali ed extra professionali | |
| Indennità garantite: | |
| Caso Morte: | €1.800.000,00 |
| Caso Invalidità Permanente da Infortunio: | €1.800.000,00 |
| Nr. Assicurati: | Nr. 5 |
| Premi lordi pro-capite : | €..... |
| Premio lordo Categoria: | €..... |

| | |
|--|---|
| Assicurati Categoria B) | |
| Tutti i Dirigenti e Personale Scientifico equiparato per gli infortuni professionali ed extra professionali | |
| Indennità garantite: | |
| Caso Morte : | pari a 6 volte la retribuzione annua lorda con il massimo di € 1.800.000,00 |
| Caso Invalidità Permanente da Infortunio: | pari a 7 volte la retribuzione annua lorda con il massimo di € 1.800.000,00 |
| Retribuzioni lorde annue preventivate: | € 6.300.000,00 |
| Tasso annuo Lordo: | |
| Premio lordo Categoria: | €..... |

| | |
|--|---|
| Assicurati Categoria C) | |
| Tutti i Quadri esclusivamente per gli infortuni professionali | |
| Indennità garantite: | |
| Caso Morte : | pari a 6 volte la retribuzione annua lorda con il massimo di € 900.000,00 |
| Caso Invalidità Permanente da Infortunio: | pari a 7 volte la retribuzione annua lorda con il massimo di € 900.000,00 |
| Retribuzioni lorde annue preventivate: | € 5.000.000,00 |
| Tasso annuo Lordo: | |
| Premio lordo Categoria: | €..... |

| | |
|--|---|
| Assicurati Categoria D) | |
| Tutti il personale amministrativo, tecnico e scientifico assunto con contratto di lavoro dipendente al I – II – III livello, esclusivamente per gli infortuni professionali | |
| Indennità garantite: | |
| Caso Morte : | pari a 4 volte la retribuzione annua lorda con il massimo di € 500.000,00 |
| Caso Invalidità Permanente da Infortunio: | pari a 5 volte la retribuzione annua lorda con il massimo di € 500.000,00 |
| Retribuzioni lorde annue preventivate: | € 11.600.000,00 |
| Tasso annuo Lordo: | |
| Premio lordo Categoria: | €..... |

| | |
|--|--|
| Assicurati Categoria E) | |
| Tutti i Senior Researcher, Researcher, Researcher Technologist, Team Leader, esclusivamente per gli infortuni professionali | |
| Indennità garantite: | |

| | |
|---|---|
| Caso Morte : | pari a 6 volte la retribuzione annua lorda con il massimo di € 1.200.000,00 |
| Caso Invalidità Permanente da Infortunio: | pari a 7 volte la retribuzione annua lorda con il massimo di € 1.200.000,00 |
| Retribuzioni lorde annue preventivate: | € 3.000.000,00 |
| Tasso annuo Lordo: | |
| Premio lordo Categoria: | €..... |

| | |
|--|---|
| Assicurati Categoria F) | |
| Tutti i Post DocFellow, External Collaborator ed altri collaboratori , esclusivamente per gli infortuni professionali | |
| Indennità garantite: | |
| Caso Morte : | pari a 4 volte la retribuzione annua lorda con il massimo di € 500.000,00 |
| Caso Invalidità Permanente da Infortunio: | pari a 5 volte la retribuzione annua lorda con il massimo di € 500.000,00 |
| Retribuzioni lorde annue preventivate: | € 19.000.000,00 |
| Tasso annuo Lordo: | |
| Premio lordo Categoria: | €..... |

| | |
|---|-----------------------|
| Assicurati Categoria G) | |
| Tutti i Dottorandi, Borsisti, Ospiti, Affiliati, Visiting Professor esclusivamente per gli infortuni professionali | |
| Indennità garantite: | |
| Caso Morte : | € 500.000,00 |
| Caso Invalidità Permanente da Infortunio: | € 500.000,00 |
| Nr. giornate da assicurare preventivate per 12 mesi: | giorni 190.000 |
| Tasso annuo Lordo per giornata: | |
| Premio lordo Categoria: | €..... |

| | |
|--|---|
| Assicurati Categoria H) | |
| Tutti gli operai esclusivamente per gli infortuni professionali | |
| Indennità garantite: | |
| Caso Morte : | pari a 4 volte la retribuzione annua lorda con il massimo di € 500.000,00 |
| Caso Invalidità Permanente da Infortunio: | pari a 5 volte la retribuzione annua lorda con il massimo di € 500.000,00 |
| Retribuzioni lorde annue preventive: | € 182.500,00 |
| Tasso annuo Lordo: | |
| Premio lordo Categoria: | €..... |

DEFINIZIONI

Nel testo che segue, si intendono:

Assicurato: il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

Assicurazione: il contratto di assicurazione.

Atto di Terrorismo: qualsiasi azione violenta fatta con il supporto dell'organizzazione di uno o più gruppi di persone (anche se realizzata da una persona singola) diretta ad influenzare qualsiasi governo e/o terrorizzare l'intera popolazione o una parte importante di essa, a scopo di raggiungere un fine politico, religioso, ideologico o etnico.

Beneficiario: il soggetto o i soggetti, ai quali la Società deve liquidare l'indennizzo in caso di sinistro mortale.

Broker: l'intermediario di assicurazioni a cui il Contraente abbia affidato l'incarico di brokeraggio.

Contraente: Fondazione Istituto Italiano di Tecnologia (IIT).

Società: la Società assicuratrice

Franchigia: parte del danno che rimane a carico dell'Assicurato.

Indennizzo: la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Infortunio: evento dovuto a causa violenta, fortuita ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Infortunio professionale: l'infortunio subito dall'Assicurato nell'esercizio delle proprie occupazioni professionali.

Infortunio extra professionale: l'infortunio subito dall'Assicurato al di fuori dall'esercizio delle proprie occupazioni professionali.

Invalidità permanente: la perdita definitiva, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità generica dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

Polizza: il documento che prova l'assicurazione.

Premio: la somma, comprensiva di imposte, dovuta dall'Assicurato per la copertura assicurativa alla Società.

Retribuzione annua lorda: importo della retribuzione che costituisce l'imponibile contributivo

Rischio: la possibilità che si verifichi il sinistro.

Rischio in itinere: la probabilità che il sinistro si verifichi durante il tragitto dalla dimora, anche se occasionale, al luogo di lavoro e viceversa, nonché durante il tragitto dove viene svolta l'attività fino al raggiungimento di altre sedi e viceversa, purché questi infortuni avvengano durante il tempo necessario a compiere il percorso per via ordinaria e con gli abituali mezzi di locomozione, sia pubblici che privati.

Sinistro: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

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

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

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

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

Art. 2 - Assicurazione presso diversi Assicuratori

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

Art. 3 – Durata e proroga del contratto

Il presente contratto, con durata complessiva di 36 mesi, decorre dalle ore 24 del .../.../2017 fino alle ore 24 del .../.../2020 (scadenza anniversaria .../... di ogni anno).

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

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

E' comunque facoltà del Contraente, con preavviso non inferiore a 15 giorni antecedenti la scadenza, il recesso, la cessazione per recesso dovuto a sinistro ed in ottemperanza alle vigenti norme di Legge nonché in caso di risoluzione anticipata del contratto per grave inadempimento, richiedere alla Società di prorogare temporaneamente la presente assicurazione, al fine di espletare o completare le procedure di aggiudicazione della nuova assicurazione. La Società, a fronte della corresponsione del relativo rateo di premio, si impegna sin d'ora a prorogare in tal caso l'assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche per un periodo necessario al completamento della procedura avviata dal Contraente per l'individuazione della nuova Società e comunque fino ad un massimo di 180 giorni decorrenti dalla scadenza contrattuale, fatto salvo diverso accordo tra le parti.

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

Il premio dell'Assicurazione viene corrisposto dal Contraente con applicazione di una rateazione annuale all'attivazione della polizza, ossia al .../.../2017 e al .../.../2020 di ogni scadenza anniversaria.

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

Se il Contraente, entro il termine di mora, non paga il premio o la prima rata di premio, i premi successivi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 60° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze (art. 1901 C.C.).

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

Il premio è convenuto in base ad elementi di rischio variabile. Esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minor durata del contratto, secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio.

A tale scopo, entro 60 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o della minor durata del contratto, l'Assicurato deve fornire alla Società i dati necessari e cioè l'indicazione dei seguenti elementi variabili contemplati in polizza:

- **il numero degli Assicurati nella Categoria A;**
- **gli importi delle retribuzioni che costituiscono l'imponibile contributivo dei soggetti assicurati nelle Categorie: B, C, D, E, F e H;**
- **il numero di giornate di copertura effettuate per la Categoria G.**

Le differenze attive o passive risultanti dalla regolazione, devono essere pagate nei sessanta giorni successivi alla relativa comunicazione da parte della Società, della relativa appendice di regolazione emessa dalla stessa e sottoscritta dalla Contraente.

Se il Contraente non effettua nel termine anzidetto la comunicazione dei predetti dati o il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società deve fissargli, mediante atto formale di messa in mora, un ulteriore termine non inferiore a 30 giorni dandone comunicazione scritta, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo annuo per il quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva dovuta, e al garanzia resta sospesa fino alle ore 24.00 del giorno in cui l'Assicurato abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie 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.

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

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

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

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

Il successivo art. 5 Revisione del prezzo deve ritenersi efficace solo se l'Aggiudicatario ha offerto l'opzione migliorativa di cui all'art.6 – Recesso della Società

(Art. 5 - Revisione del prezzo

Al verificarsi delle ipotesi di variazione del rischio previsti all'Art. 1 - "Variazioni del rischio successivamente all'aggiudicazione del contratto", ovvero nel caso in cui l'ammontare dei sinistri pagati dalla Società sommato al computo degli importi posti a riserva dalla Società per i sinistri non ancora pagati, risulti eccedere, alla data della richiesta, l'ammontare del premio, al netto delle imposte, pagato dal Contraente o oggetto di regolazione per il medesimo periodo di oltre il 20%, la Società, decorsi almeno 180 giorni dall'inizio dell'Assicurazione, potrà richiedere, ai sensi dell'art. 106 del D.Lgs. n° 50/2016, la modifica delle condizioni di premio in misura massima pari all'eccedenza riscontrata, ma non oltre il 50% del premio originario. A tal fine si precisa che, ai soli fini del calcolo revisionale, nel rapporto sinistri a premi di cui al precedente comma, verrà computato solo il 75% degli importi posti a riserva dalla Società per i sinistri riservati e non ancora pagati.

Il Contraente, entro 15 giorni, a seguito della relativa istruttoria e tenuto conto delle richieste formulate, decide in ordine alle stesse, formulando la propria controproposta di revisione. In caso di accordo tra le parti, si provvede alla modifica del contratto a far data dall'accordo stesso; qualora sia pattuito un aumento dei

premi, il Contraente provvede a corrispondere l'integrazione del premio nei termini di cui all'art. 4 "Pagamento del premio, decorrenza della garanzia e regolazione del premio".)

Art. 6- Recesso della Società (Opzione base)

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

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

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

In alternativa, qualora offerto dall'Aggiudicatario

(Art. 6- Recesso della Società (Opzione migliorativa)

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

1 – Recesso per dichiarazioni inesatte o reticenze del Contraente

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

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

2 – Recesso per aggravamento del rischio

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

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

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

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

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

Art. 7.1 - Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente è tenuto devono essere fatte con lettera raccomandata (anche a mano), PEC od altro mezzo certo (telex o simili) indirizzata all'Agenzia alla quale è assegnato il contratto, o alla Società, oppure al Broker al quale il Contraente ha conferito incarico per la gestione della polizza.

Art. 8 – Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro

In caso di sinistro l'Assicurato o il Contraente devono darne avviso alla società entro 30 giorni da quando ne viene a conoscenza l'Ufficio Competente.

La denuncia deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora dell'evento e delle cause che lo hanno determinato, essere corredata di certificazione medica ed inoltrata per iscritto alla Direzione della Società o al Contraente.

L'Assicurato si impegna ad inoltrare successivamente, sino a guarigione avvenuta, idonea certificazione medica sul decorso delle lesioni nonché, a guarigione avvenuta, tutte le cartelle cliniche relative a degenze conseguenti all'infortunio denunciato.

L'Assicurato, i suoi familiari o aventi diritto devono altresì consentire (entro i confini della Provincia di residenza dell'Assicurato) sia l'effettuazione di visite di accertamento a finalità medico-legale da parte di medici di fiducia della Società, sia l'effettuazione di qualsiasi altra indagine dalla società ritenuta necessaria al fine della valutazione del diritto alle indennità previste in polizza.

L'Assicurato, i suoi familiari o aventi diritto si impegnano altresì a fornire alla Società e/o al Contraente copia integrale di eventuali cartelle cliniche relative a degenze avvenute in conseguenza di fatti morbosi di interesse medicolegale citati nelle cartelle ospedaliere relative all'evento denunciato o comunque noti alla Società.

Art. 9 - Oneri fiscali

Tutti gli oneri, presenti e futuri, relativi al premio sono a carico del Contraente anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

Art. 10 - Foro competente

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

Art. 11 - Interpretazione del contratto (Opzione base)

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

In alternativa, qualora offerto dall'Aggiudicatario

(Art. 11 - Interpretazione del contratto (Opzione migliorativa))

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

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

Art. 12 – Ispezioni e verifiche della Società

La Società ha sempre il diritto di ispezionare il rischio, visitando e verificando gli enti assicurati, potendo accedere, a mero titolo esemplificativo e non esaustivo, a beni mobili ed immobili, luoghi, libri e registri, documenti amministrativi, ogni altro documento probatorio, atti, contratti, ecc... L'Assicurato ha l'obbligo di fornire tutte le occorrenti indicazioni ed informazioni. Tutti gli oneri relativi a tali ispezioni sono posti per intero a carico della Società. Le ispezioni possono essere effettuate da personale dipendente della Società ovvero da soggetti terzi da essa incaricati, in quest'ultimo caso previo benestare dell'Assicurato

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

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

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

La Società:

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

si impegna a fornire al Contraente, in formato elettronico Microsoft Excel® o altro supporto informatico equivalente purché editabile, il dettaglio dei sinistri, aggiornato a non oltre i 60 giorni precedenti, con indicazione del numero di sinistro attribuito dalla Società, data di accadimento dell'evento, data di denuncia, descrizione dell'evento, nonché lo stato del sinistro come di seguito elencato:

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

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

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

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

In alternativa, qualora offerto dall'Aggiudicatario

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

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

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

si impegna a fornire al Contraente, in formato elettronico Microsoft Excel® o altro supporto informatico equivalente purché editabile, il dettaglio dei sinistri, aggiornato a non oltre i 60 giorni precedenti, con indicazione del numero di sinistro attribuito dalla Società, data di accadimento dell'evento, data di denuncia, descrizione dell'evento, nonché lo stato del sinistro come di seguito elencato:

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

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

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

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

In caso di inadempienza da parte della Società, il Contraente provvederà a formalizzare contestazione scritta a mezzo di raccomandata con ricevuta di ritorno ovvero a mezzo PEC (posta elettronica certificata) assegnando alla Società non oltre 10 giorni naturali e consecutivi per adempiere ovvero per produrre controdeduzioni. Laddove la Società persista nell'inadempimento e ove le controdeduzioni non fossero pervenute entro il termine prescritto o non fossero ritenute idonee, verrà applicata una penale nella misura di dell'uno per mille ridotta del 50% a valere sull'ammontare della cauzione definitiva per ogni giorno di ritardo maturato nell'inadempimento rispetto ai termini indicati al primo comma del presente articolo e fino al completo e definitivo adempimento degli obblighi assunti dalla Società stessa.).

Art. 15 - Coassicurazione e delega

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

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

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

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

Art.16 - Clausola Broker

La gestione e l'esecuzione della presente assicurazione è affidata al Broker ai sensi degli articoli 108 e seguenti del D.Lgs. 209/2005 e s.m.i..

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

Pertanto, agli effetti delle condizioni della presente polizza, la Società dà atto che ogni comunicazione fatta dal Contraente/Assicurato al Broker si intenderà come fatta alla Società stessa e viceversa, come pure ogni comunicazione fatta dal Broker alla Società si intenderà come fatta dal Contraente/Assicurato stesso, fermo restando che il Broker è tenuto ad inoltrare a ciascuna delle Parti le comunicazioni ricevute si precisa che qualora le comunicazioni del contraente comportassero una modifica contrattuale impegneranno gli Assicuratori solo dopo il consenso scritto.

Art. 17 - Rinvio alle norme di legge

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

Art. 18 – Diritto di surrogazione

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

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

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

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

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

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

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

Art. 20 – Trattamento dei dati

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

Art. 21 – Clausole vessatorie

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

Art. 3 – Durata e proroga del contratto

Art. 5 – Revisione del prezzo (se offerto art. 6 – Recesso della Società Opzione Migliorativa)

Art. 6 – Recesso della Società (Opzione Migliorativa)

Art. 10 – Foro Competente

Art. 11 – Interpretazione del contratto (Opzione Base)
Art. 11 – Interpretazione del contratto (Opzione Migliorativa)
Art. 18 – Diritto di rivalsa
Art. 26 – Limiti Territoriali
Art. 34 – Controversie – Perizia contrattuale
Art. 35 – Diritto di surrogazione

La Società
(firma)

Art. 22 - Rischio assicurato

L'assicurazione prestata con la presente polizza vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento di attività aventi carattere professionale, svolte per conto del Contraente, sia di tipo amministrativo, tecnico e scientifico, nonché nello svolgimento di ogni altra attività senza carattere di professionalità ad eccezione degli Assicurati nelle categorie C) D) E) F) G) H).

Ai sensi della presente polizza sono considerati parificati ad infortunio 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;
- punture di insetti e/o morsi di animale
- 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 o negligenza anche gravi;
- infortuni subiti in occasione di inondazioni, alluvioni, straripamenti, caduta del 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 vi abbia preso parte attiva.
- gli infortuni derivanti da aggressioni in genere.
- gli infortuni sofferti per legittima difesa, per dovere di solidarietà umana nonché in occasione di aggressioni e di atti violenti subiti, anche se dovuti a movente politico, sociale o sindacale.

Art. 23 - Rischi esclusi

Sono esclusi dalla assicurazione gli infortuni causati:

- a) dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- b) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- c) dall'uso, anche come passeggero, di aeromobili in genere e degli apparecchi per il volo da diporto o sportivo (es. deltaplani, ultraleggeri, parapendio);
- d) dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, paracadutismo o sports aerei in genere;
- e) dalla partecipazione a competizioni - o relative prove - ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- f) da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- g) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- h) da atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- i) guerra e insurrezioni;

- j) atti terroristici posti in essere tramite l'uso di sostanze nucleari, biologiche, batteriologiche o chimiche, qualunque sia il tipo di arma e/o ordigno congegno utilizzato per portare a termine l'azione
- k) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).

Art. 24- Infortuni determinati da calamità naturali

A parziale deroga dell'art. 1912 C.C., l'assicurazione è estesa agli infortuni causati da movimenti tellurici, inondazioni, eruzioni vulcaniche.

Resta convenuto però che in caso di evento che colpisca più assicurati, l'esborso massimo di quest'ultima non potrà superare la somma di Euro 10.000.000,00.

Qualora gli indennizzi complessivamente dovuti eccedano il limite sopra indicato, gli indennizzi spettanti a ciascun assicurato saranno ridotti in proporzione al rapporto intercorrente fra il detto limite e il totale delle somme assicurate.

Art. 25 - Persone non assicurabili

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.

Non sono coperte dalla presente polizza, fatto salvo patto speciale, le persone di età superiore a ottant'anni. Tuttavia per persone che superano gli ottanta anni di età nel corso del contratto di assicurazione, la presente polizza mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa al compimento di detto termine, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti, dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso verranno restituiti a richiesta del Contraente.

Art. 26 - Limiti territoriali

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 27 – Infermità, Mutilazioni, Difetti Fisici

Il Contraente è esonerato dalla denuncia di infermità, difetti fisici o mutilazioni da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire.

Art. 28– Altre Assicurazioni

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le altre eventuali assicurazioni che i singoli Assicurati avessero in corso o stipulassero in proprio con altre Compagnie di Assicurazione.

Art. 29 - Criteri di indennizzo

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio. Se al momento dell'infortunio, l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Art. 30 – Morte

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

Tale indennizzo viene liquidato ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.

Art. 31 - Morte presunta

Qualora l'Assicurato sia scomparso e, in applicazione dell'art. 60, comma 3) del Codice Civile o dell'art. 211 del codice della navigazione, l'autorità giudiziaria ne abbia dichiarato la morte presunta e di tale evento sia

stata fatta registrazione negli atti dello stato civile, l'Società liquida ai beneficiari la somma assicurata per il caso di morte, salvo che risulti, dagli atti della predetta autorità, che l'evento che ha causato la scomparsa non era compreso nella garanzia assicurativa.

Se dopo la liquidazione dell'indennizzo, l'Assicurato ritorna o ne è provata l'esistenza in vita, la Società ha diritto di agire nei confronti sia dei beneficiari sia dell'Assicurato stesso per la restituzione della somma liquidata.

Art. 32 - 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 e successive modifiche, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista.

Per gli Assicurati mancini le percentuali di invalidità previste per l'arto superiore destro e la mano destra, varranno per l'arto superiore sinistro e la mano sinistra 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. 33 - Cumulo di indennità

L'indennità per Invalidità Permanente non è cumulabile con quella per Morte. 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 muore, la Società corrisponderà ai beneficiari designati o, in difetto, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali, la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di Morte, ove questa sia superiore, e non chiederanno il 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 dell'Assicurato l'importo liquidato od offerto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

Art. 34 - Controversie – Perizia contrattuale

Le controversie di natura medica sul grado di invalidità permanente, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzo debbono essere demandate per iscritto ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il Collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

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

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

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

Art. 35 - Diritto di surrogazione

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 C.C. verso i terzi responsabili dell'infortunio.

CONDIZIONI PARTICOLARI

1. CLAUSOLA DIRIGENTI

Resta convenuto tra le parti che limitatamente al personale incluso nella categoria B). Come previsto dall'Art. 12 del CCNL Dirigenti Industria si assicura, in caso di infortunio occorso anche non in occasione di lavoro e in caso di malattia professionale:

- a) in caso di invalidità permanente causata dai predetti eventi, tale da ridurre in misura superiore ai 2/3 la capacità lavorativa specifica del Dirigente, una somma pari a **sette annualità** della retribuzione di fatto;
- b) in caso di invalidità permanente parziale causata dagli stessi eventi una somma che, riferita all'importo del capitale assicurato di cui al punto a), sia proporzionale al grado di invalidità determinato in base alla tabella annessa al T.U. approvato con D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124 e in vigore sino al 24 luglio 2000 e quelle non tabellate di cui il Dirigente dimostri l'origine professionale;
- c) in caso di morte causata dai predetti eventi, che non sia preceduta da una invalidità permanente indennizzata ai sensi della precedente lettera a) e causata dal medesimo evento che ha successivamente determinato la morte, una somma a favore degli aventi diritto pari a **sei annualità** della retribuzione di fatto.

Agli effetti dei precedenti commi si considera:

- infortunio sul lavoro, l'evento che, come tale, è previsto dalla normativa sull'assicurazione contro gli infortuni e le malattie professionali;
- professionale, la malattia che sia compresa tra quelle indicate nella tabella annessa al citato D.P.R. n. 1124;
- retribuzione, il coacervo dei compensi di cui al comma 2 dell'Art. 24.

2. CLAUSOLA MEMBRI DEL COMITATO ESECUTIVO

Le garanzie di cui al numero 1. Clausola Dirigenti si applicano anche agli Assicurati della Categoria A).

3. RISCHIO IN "ITINERE"

Per le categorie assicurate per il solo rischio professionale, l'assicurazione vale anche per il rischio in itinere.

4. ERNIE TRAUMATICHE E ERNIE ADDOMINALI DA SFORZO

Relativamente alle ernie traumatiche ed alle ernie addominali da sforzo si conviene che:

- qualora l'ernia risulti operabile, viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 2% (due per cento) della somma assicurata;
- qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposta solamente un'indennità non superiore al 15% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente totale;
- qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia od il grado di invalidità permanente, la decisione è rimessa al Collegio Medico ai sensi dell'**Art. 34**.

5. GUERRE E INSURREZIONI PER 14 GIORNI

A parziale deroga dell'**Art. 23, lettera i)**, delle Norme che regolano l'assicurazione Infortuni, la garanzia vale anche per gli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) per il periodo massimo di 14

giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero in un paese sino ad allora in pace.

6. ESPOSIZIONE AGLI ELEMENTI

La Società, in occasione di arenamento, naufragio, 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.

7. INFLUENZE TERMICHE O ATMOSFERICHE

L'Assicurazione comprende gli infortuni derivanti da influenze termiche o atmosferiche.

8. ESERCIZI SPORTIVI

L'Assicurazione comprende anche gli infortuni derivanti dalla pratica per diletto di qualsiasi gioco od esercizio sportivo, esclusi soltanto: l'alpinismo con scalata di rocce ed accesso ai ghiacciai se di grado superiore al 3^a della scala di Monaco quando non vi sia accompagnamento di guida patentata, i salti dal trampolino in sci, le ascensioni aeree, il volo a motore ed a vela, il paracadutismo, lo svolgimento di attività sportive a scopo professionale, le corse e le gare automobilistiche, motonautiche e motociclistiche, le relative prove ed allenamenti. Sono tuttavia compresi i raduni e le gare di regolarità indette da Enti ed organizzazioni ufficialmente riconosciute. L'assicurazione comprende le immersioni con autorespiratore, comprese le embolie e le conseguenze della pressione dell'acqua, purché l'Assicurato sia in possesso di brevetto riconosciuto.

9. UBRIACHEZZA

L'assicurazione vale anche per gli infortuni subiti dall'Assicurato in stato di ubriachezza, esclusi comunque quelli conseguenti alla guida di mezzi di locomozione.

10. LIMITE PER SINISTRO COLLETTIVO

Si conviene tra le Parti, che nel caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più persone assicurate con la presente polizza, in conseguenza di unico evento, l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà essere superiore a Euro 10.000.000,00.

Se gli indennizzi complessivamente dovuti eccedessero tale importo, la Società procederà alla loro riduzione proporzionale.

11. ESTENSIONE AL RISCHIO VOLO LIMITATA AI PASSEGGERI

Ferme le norme che regolano l'assicurazione in generale, in deroga a quanto previsto dall'**Art. 23 lettera c)**, la garanzia è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca, in qualità di passeggero, durante i viaggi aerei di Turismo, Trasferimento, e Trasporto Pubblico Passeggeri su velivoli od elicotteri da chiunque eserciti, esclusi quelli effettuati:

- su aeromobili di Società/Aziende di lavoro aereo per voli diversi dal Trasporto Pubblico - Passeggeri;
- su aeromobili di Aeroclubs;
- su apparecchi per il Volo da Diporto o Sportivo (deltaplani, ultraleggeri, parapendio).

La copertura inizia dal momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e cessa dal momento in cui ne è disceso.

12. FRANCHIGIA PER INVALIDITA' PERMANENTE

A parziale deroga dell'**Art. 32** la liquidazione dell'indennizzo verrà determinata come segue:

in caso di infortunio extra-professionale sulla parte della somma assicurata oltre € 750.000,00 non si fa luogo a risarcimento per invalidità permanente quando questa non sia di grado superiore al 5% della totale se l'invalidità permanente supera il 5% della totale viene corrisposto il risarcimento solo per la quota eccedente.

Per la Categoria B nessuna franchigia è applicata.

Sottoscritto dalle parti con firma digitale

LA SOCIETA'

IL CONTRAENTE