

POLIZZA INFORTUNI CUMULATIVA

La presente polizza è stipulata tra

STAZIONE SPERIMENTALE PER L'INDUSTRIA DELLE CONSERVE ALIMENTARI FONDAZIONE DI RICERCA
Viale Tanara 31/a
43100 PARMA

e

Società Assicuratrice

Durata del contratto

Dalle ore 24.00 del :	31.12.2016
Alle ore 24.00 del :	31.12.2017

Definizioni

Ai seguenti termini, le Parti attribuiscono il significato qui precisato.

RELATIVE ALL'ASSICURAZIONE IN GENERALE

per <i>Contraente</i>	Il soggetto che stipula l'Assicurazione
per <i>Assicurato</i>	Il soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione
per <i>Ente</i>	La Stazione Sperimentale per l'Industria delle Conserve Alimentari Fondazione di ricerca contraente della polizza
per <i>Società</i>
per <i>Assicurazione</i>	Il contratto di assicurazione
per <i>Polizza</i>	Il documento che prova l'Assicurazione
per <i>Broker</i>	l'intermediario indicato in polizza che esercita la propria attività ovvero la Società Aon S.p.A.;
per <i>Premio</i>	La somma dovuta dal Contraente alla Società
per <i>Rischio</i>	La probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne
per <i>Sinistro</i>	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa
per <i>Infortunio</i>	L'evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili
per <i>Somma Assicurata</i>	La somma che rappresenta il limite fino al quale la Società è obbligata
per <i>Indennizzo</i>	La somma dovuta dalla Società all'Assicurata in caso di sinistro
per <i>Malattia</i>	Ogni obiettivabile alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

ART. 1) DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, non avvenute in buona fede 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 C.C.

ART. 2) DECORRENZA DELLA GARANZIA E PAGAMENTO DEL PREMIO

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza ancorché il premio venga versato entro i 60 giorni successivi al medesimo.

Se il Contraente non paga i premi per le rate successive l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 60° giorno dopo quello di scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento del premio, fermo il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti.

I premi devono essere pagati alla Società Assicuratrice aggiudicataria del contratto nonché Delegataria dello stesso anche laddove l'assicurazione è ripartita per quote fra più Società.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, 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 ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Ai sensi dell'art. 48 e 48 bis del DPR 602/1973 la Società da atto che l'Assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuate 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, nonché per il periodo necessario al reperimento delle disponibilità di cassa della Contraente.

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

L'Assicurazione è altresì operante fino al termine delle verifiche e dei controlli che il Contraente deve effettuare in capo all'aggiudicatario della presente polizza circa il possesso di tutti i requisiti di partecipazione richiesti nel bando e nel disciplinare di gara, nonché quelli richiesti dalle vigenti disposizioni normative per la stipula dei contratti con le Pubbliche Amministrazioni, ex artt. 11 e 12 del D.Lgs. 163/2006 e ss.mm.ii., anche qualora dette verifiche e controlli eccedessero temporalmente rispetto ai termini di mora previsti al primo capoverso del presente articolo.

ART. 3) REGOLAZIONE DEL PREMIO

Poiché il premio è convenuto in tutto o in parte in base ad elementi di rischio variabili, esso viene anticipato in via provvisoria nella misura del 75% dell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minor durata del contratto secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio stabilito in polizza.

A tale scopo entro 120 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione l'Assicurato deve fornire per iscritto alla Società i dati necessari per il conteggio del premio consuntivo.

Le differenze attive risultanti dalla regolazione, devono essere pagate nei 60 giorni dalla presentazione al Contraente della relativa appendice di regolazione formalmente ritenuta corretta.

La Società ha il diritto di effettuare verifiche e controlli per i quali l'Assicurato è tenuto a fornire i chiarimenti e la documentazione necessari..

ART. 4) MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

ART. 5) AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

L'assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio.

Gli aggravamenti di rischio non noti alla Società o non accettati dalla stessa possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 C.C.

ART. 6) 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 dell'Assicurato (art. 1897 C.C.) e rinunciano al relativo diritto di recesso.

ART. 7) INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO

Resta inteso che, in tutti i casi dubbi, l'interpretazione del contratto sarà quella più favorevole all'Assicurato.

ART. 8) PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

Valutato il danno, verificata l'operatività della garanzia e ricevuta la necessaria documentazione, la Società provvede entro 30 giorni al pagamento dell'indennizzo.

ART. 9) RECESSO DAL CONTRATTO DOPO OGNI DENUNCIA DI SINISTRO

Dopo ogni sinistro e fino al trentesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, gli Assicuratori e l'Assicurato possono recedere dall'assicurazione, con preavviso di 90 giorni. In caso di recesso da parte degli Assicuratori, questi, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso stesso, rimborsano la parte di premio relativa al periodo di rischio non corso al netto delle imposte.

ART. 10) FORMA DELLE COMUNICAZIONI

Oltre che a mezzo di raccomandata, le comunicazioni relative al presente contratto possono essere fatte, e debbono quindi ritenersi valide, anche a mezzo telegramma, telex e telefax.

ART. 11) ONERI FISCALI

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

ART. 12) FORO COMPETENTE

Per le controversie riguardanti l'applicazione e l'esecuzione della presente polizza, è competente, a scelta della Contraente, il Foro ove ha sede la Stessa oppure l'Assicurato.

Resto fermo che per il tentativo obbligatorio di conciliazione di cui al D.Lgs, 28 2010 e ss.mm.ii., per le controversie riguardanti l'applicazione e l'esecuzione della presente polizza è competente un Organismo che – abilitato a norma di legge a svolgere la mediazione ed istituito presso il tribunale e/o i consigli degli ordini professionali e/o la camera di commercio – abbia sede, a scelta della Contraente, nella medesima provincia della Stessa.

ART. 13) VALIDITÀ DELLE NORME DI ASSICURAZIONE

Si intendono operanti solo le norme previste dai capitoli di polizza

Le firma apposte dal Contraente su eventuali moduli a stampa che fossero abbinati al capitolo in sede di emissione della polizza vale solo quale presa d'atto del premio e/o della eventuale ripartizione del rischio fra le società partecipanti alla coassicurazione.

ART. 14) CLAUSOLA BROKER

L'Assicurato dichiara di aver affidato la gestione della presente polizza alla Società AON S.p.a. in qualità di Broker, ai sensi del D.lgs n. 209/05 e ss.mm.ii.

L'Assicurato 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. Si precisa che qualora le comunicazioni del Contraente comportassero una modifica contrattuale impegneranno gli Assicuratori solo dopo il consenso scritto.

Nelle more degli adempimenti previsti dalla normativa vigente si precisa che, con riferimento all'art 118 del D.Lgs. 209/2005 ed all'art. 55 del regolamento IVASS n.05/2006 e ss. mm. ii., il Broker è autorizzato ad incassare i Premi. La Società pertanto, riconosce che il pagamento dei Premi possa essere fatto dal Contraente tramite il Broker sopra designato; resta intesa l'efficacia liberatoria anche a termine dell'art. 1901 Codice Civile del pagamento così effettuato.

La remunerazione del broker è a carico della Società nella misura del 7% sul Premio imponibile. Tale remunerazione sarà trattenuta all'atto del pagamento del premio, effettuato dallo stesso Broker, alla Società.

ART. 15) DURATA DELL'ASSICURAZIONE

Il contratto ha la durata indicata in frontespizio e cesserà irrevocabilmente alla scadenza del detto periodo senza obbligo di disdetta, salvo che il Contraente – impossibilitato alla ricollocazione del rischio – richieda eventuale proroga tecnica per il periodo strettamente necessario alla definizione delle procedure e che non potrà comunque essere superiore a 120 gg. La Società s'impegna a prorogare l'assicurazione, fino al periodo massimo su citato, alle medesime condizioni, contrattuali ed

economiche, in vigore. Per il pagamento del relativo premio è operante il termine di comperto di gg 60.

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

ART. 16) RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

L'ASSICURATO/CONTRAENTE

LA SOCIETÀ

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

ART. 17) OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisce nell'esercizio delle attività professionali, principali e secondarie dichiarate dal Contraente (rischi professionali) e/o nello svolgimento di ogni altra attività che non abbia carattere professionale (rischi extra-professionali). Le predette attività sono descritte nelle "Categorie assicurate" nei relativi Allegati che formano parte integrante del presente contratto.

A titolo esemplificativo e non limitativo si precisa che sono comprese, anche con la partecipazione attiva e non solo di rappresentanza, tutte le attività connesse, collegate, accessorie, complementari e conseguenti, nessuna esclusa né eccettuata, come ad esempio: manifestazioni (sportive, culturali, artistiche, storiche, sociali, politiche e simili), congressi, seminari, simposi, ricevimenti, spettacoli, proiezioni, mostre e fiere, mercati, esposizioni, convegni, inaugurazioni.

Si intende operante per tutte le Categorie assicurate il rischio in itinere nonché eventuali trasferte in genere.

Sono compresi in garanzia anche:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti acuti di origine traumatica, da ingestione o assorbimento di sostanze;
- contatto con corrosivi;
- le affezioni conseguenti aracnidi, esclusi il carbonchio, la malaria e le malattie tropicali;
- l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento;
- la folgorazione;
- i colpi di sole o di calore;
- le lesioni (esclusi gli infarti) determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico;
- gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismi, attentati, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- gli infortuni derivanti da malore ed incoscienza;
- gli infortuni derivanti da imprudenza e negligenza anche gravi;
- gli infortuni derivanti dall'uso o guida anche di ciclomotori e motocicli di qualunque cilindrata, trattori e macchine agricole semoventi, veicoli a motore e natanti, a condizione che l'Assicurato sia in possesso, ove prescritto, di regolare patente di abilitazione alla guida;
- gli infortuni subiti in conseguenza di calamità naturali costituite da terremoto, maremoto, eruzione vulcanica, alluvioni, inondazioni e fenomeni connessi ed altri eventi catastrofici provocati da forze della natura;
- gli infortuni causati da influenze termiche ed atmosferiche;
- gli infortuni derivanti da abuso di alcolici, con l'esclusione di quelli subiti alla guida di veicoli e/o natanti in genere.

ART. 18) ESCLUSIONI

Salvo patto speciale non sono compresi nell'assicurazione gli infortuni derivanti da:

- a) partecipazione a gare e corse (e relative prove) calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo; dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove) che comportano l'uso o la guida di veicoli a motore e natanti, salvo che si tratti di regolarità pura;

- b) gli infortuni derivanti da guerra e insurrezioni, salvo quanto previsto all'Art. 18.A - Rischio Guerra;
- c) gli infortuni che siano conseguenza diretta od indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo e di radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, e da esposizione a radiazioni ionizzanti;
- d) gli infortuni derivanti dall'abuso di psicofarmaci o da uso non terapeutico di stupefacenti od allucinogeni;
- e) gli infortuni occorsi in occasione di partecipazione ad imprese temerarie, salvo in quest'ultimo caso che si tratti di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- f) le conseguenze di operazioni chirurgiche e di accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio;
- g) da delitti dolosi compiuti o tentati all'Assicurato.

ART. 19) ESTENSIONI DI GARANZIA

A) - Rischio guerra

La garanzia viene estesa agli infortuni avvenuti all'estero (escluso comunque il territorio della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino) derivanti da stato di guerra civile, guerra, invasione, atti nemici, ostilità (sia che la guerra sia dichiarata e non), per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di eventi bellici mentre si trova all'estero.

B) - Morte presunta

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato entro un anno a seguito di scomparsa per qualsiasi causa, la Società liquiderà ai beneficiari indicati nel contratto di assicurazione il capitale previsto per il caso di morte.

Qualora sia stato effettuato il pagamento dell'indennità ed in seguito l'Assicurato ritorni o si abbiano di lui notizie sicure, la Società ha diritto alla restituzione delle intere somme pagate e relative spese, e l'Assicurato stesso potrà far valere i diritti che eventualmente gli sarebbero spettati nel caso avesse subito lesioni indennizzabili a termini di polizza senza che si possano da parte della Società invocare eventuali termini di prescrizione, che, al più, decorreranno da quel momento.

C) - Diabete

Si precisa che si intendono assicurate anche le persone affette da diabete.

D) - Spese per il rimpatrio della salma

La Società assicura fino alla concorrenza della somma di € 5.500,00= e per ogni infortunio indennizzabile a termini di polizza il rimborso delle spese sostenute per il rimpatrio della salma dell'Assicurato, fino al luogo di sepoltura in Italia in caso di decesso a seguito di infortunio avvenuto all'Estero.

La Società effettua il rimborso agli aventi diritto previa presentazione in originale dei documenti giustificativi.

E) Indennità falangi

A parziale deroga di quanto stabilito nel D.P.R. 30.06.1965 n°. 1124 T.U. e successive modifiche intervenute fino alla data di stipulazione del presente contratto, nonché alle percentuali di Invalidità Permanente indicate nella tabella di cui all'allegato 1 del predetto decreto si conviene che, fermo restando quanto stabilito per i pollici, è indennizzabile anche la perdita funzionale delle falangi terminali delle dita della mano nella misura pari a metà dell'indennizzo spettante per la perdita totale anatomica delle falangi stesse.

L'asportazione parziale di dette falangi è considerata come perdita totale della funzionalità.

F) Danni estetici

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza che abbia conseguenza sfregi o deturpazioni del viso di carattere estetico, non altrimenti indennizzabili, la Società rimborserà, fino alla concorrenza di € 5.000,00 le spese documentate, sostenute dall'assicurato per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di eliminare o ridurre il danno estetico.

G) Esposizione agli elementi

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

H) Maggiorazione indennità per atti di aggressione e terrorismo

La Società, per il solo caso di morte determinata da aggressione, atti di terrorismo o attentato ai danni delle persone assicurate, corrisponderà in aggiunta all'indennità prevista in polizza un'ulteriore somma pari al 50% di quella assicurata per il medesimo titolo.

ART. 20) INFORTUNI AERONAUTICI

L'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei turistici o di trasferimento, effettuati in qualità di passeggero, su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti tranne che:

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

La somma delle garanzie di cui alla presente polizza e eventuali altre assicurazioni stipulate dall'assicurato o da altri in suo favore per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni, non potrà superare per ciascuna persona assicurata i capitali di € 1.050.000,00 per il caso di morte, € 1.050.000,00 per il caso di invalidità permanente totale e € 260,00 giornaliera per il caso di inabilità temporanea, e per aeromobile i capitali di € 5.200.000,00 per il caso morte, € 5.200.000,00 per il caso di invalidità permanente totale e di € 5.200,00 giornaliera per il caso di inabilità temporanea.

In detta limitazione per aeromobile rientrano anche i capitali riferentisi ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze infortuni terrestri cumulative stipulate dallo stesso Contraente. Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedano gli importi suindicati, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno adeguate con riduzione ed imputazione proporzionale sulle singole assicurazioni.

Agli effetti della garanzia, il viaggio aereo si intende cominciato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso.

Le limitazioni dei cumuli sopra indicati restano operanti anche nel caso di indicizzazione della polizza.

La garanzia di cui al presente articolo non è valida nel caso di polizze con durata inferiore ad un anno.

ART. 21) LIMITI TERRITORIALI E DI RISARCIMENTO

L'assicurazione viene prestata per tutto il mondo. In ogni caso il pagamento delle indennità verrà effettuato in Italia con moneta nazionale.

Nel caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più Assicurati, l'esborso a carico della Società non potrà superare la somma complessiva di € 6.000.000,00

Qualora le indennità liquidabili ai sensi del contratto di assicurazione eccedessero nel loro complessivo tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

ART. 22) LIMITI DI ETÀ

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore ai settantacinque anni.

Tuttavia per persone che raggiungano tale età nel corso del contratto di assicurazione, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa al compimento di detto termine, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti, dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso verranno restituiti a richiesta del Contraente.

ART. 23) PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici.

L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi.

Il Contraente è esonerato dal notificare le malattie, le infermità, le mutilazioni ed i difetti fisici da cui fossero affette le persone

ART. 24) ESONERO DENUNCIA GENERALITA' DEGLI ASSICURATI

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per l'identificazione di tali persone, si farà riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione del Contraente o da altra documentazione in possesso del Contraente stesso.

ART. 25) ALTRE ASSICURAZIONI

E' data facoltà al Contraente di non comunicare altre assicurazioni che avesse in corso o che stipulasse in futuro con altre imprese per gli stessi rischi assicurati con il presente contratto di assicurazione.

Il presente contratto di assicurazione s'intende stipulato indipendentemente ed in aggiunta alle assicurazioni obbligatorie previste per gli infortuni sul lavoro dalle leggi vigenti e da quelle eventuali future.

Il Contraente è inoltre esonerato dal denunciare le assicurazioni a favore dei soggetti assicurati a cui fosse tenuto per legge o per disposizioni aventi comunque carattere obbligatorio, delle quali la presente costituisce un complemento, pur essendo completamente separata ed indipendente.

ART. 26) DENUNCIA DELL'INFORTUNIO ED OBBLIGHI RELATIVI

La denuncia dell'infortunio con una dettagliata descrizione dello stesso e delle sue cause e conseguenze, corredata di certificato medico, deve essere fatta alla Società cui è assegnato il contratto di assicurazione nel termine di 30 giorni dall'infortunio o dal momento in cui l'Assicurato o gli aventi diritto ne abbiano avuto possibilità. Avvenuto l'infortunio, l'Assicurato deve ricorrere alle cure di un medico e seguirne le prescrizioni, nonché informare periodicamente la Società sul decorso delle lesioni.

Quando l'infortunio abbia causato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, deve esserne dato immediatamente avviso telegrafico alla Società.

L'Assicurato, i suoi familiari od aventi diritto devono consentire alla visita di medici della Società ed a qualsiasi indagine che questi ritengano necessaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato stesso.

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

ART. 27) CRITERI DI INDENNIZZO

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

Parimenti, nei preesistenti casi di mutilazioni o difetti fisici, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette dell'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra e sana, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti, fermo quanto stabilito dall'art. 28.

ART. 28) MORTE

Qualora l'infortunio abbia per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifichi entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida ai beneficiari la somma assicurata per il caso di morte.

Per beneficiari si intendono, salvo diversa designazione da parte dell'Assicurato, gli eredi legittimi e/o testamentari. In caso di premorienza o commorienza dei beneficiari designati, detta somma sarà liquidata agli eredi legittimi e/o testamentari.

Qualora l'assicurazione sia stata stipulata in ottemperanza al C.C.N.L. applicabile all'Assicurato, la somma per il caso di morte sarà corrisposta alle persone cui spetta obbligatoriamente in forza del citato C.C.N.L. e solo in mancanza di tali persone si applicherà quanto disposto dai primi due commi del presente articolo

Vengono parificati al caso di morte il caso in cui l'Assicurato venga dichiarato disperso alle competenti Autorità ed il caso di sentenza di morte presunta, ai sensi dell'art. 60 comma 3 del Codice Civile (vedi precedente art. 18.B di polizza).

ART. 29) INVALIDITÀ PERMANENTE

Se l'infortunio ha per conseguenza un'invalidità permanente e questa si verifica entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida per tale titolo un'indennità calcolata sulla somma assicurata per invalidità permanente, secondo la tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria per gli infortuni e le malattie professionali approvata con D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 e successive modifiche, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge.

Per gli Assicurati mancini, si conviene che le percentuali di Invalidità Permanente previste dalla citata 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 si tratta di minorazione, le percentuali vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta. Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi o arti, l'indennità viene stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al limite massimo del 100%.

L'indennità per la perdita funzionale ed anatomica di una falange del pollice è stabilita nella metà, per la perdita anatomica di una falange dell'alluce nella metà e per quella di una falange di qualunque altro dito in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito.

Nei casi di invalidità permanente non specificati, l'indennità è stabilita tenendo conto della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorati, le percentuali sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Nel caso di ernia che per essere determinata da infortunio (ernia traumatica) risulti compresa in garanzia, l'indennità è stabilita come segue:

- se l'ernia risulta operabile verrà corrisposta solamente l'indennità per il caso di Inabilità Temporanea - ove sia prevista - fino ad un massimo di 30 giorni;
- se l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile, la Società corrisponde una indennità non superiore al 10% della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente.

Qualora insorga contestazione circa l'operabilità o meno dell'ernia, la decisione sarà rimessa al Collegio Arbitrale di cui al successivo art. 32.

Nei casi di invalidità permanente non specificati, l'indennità è stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi elencati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla sua professione.

Qualora preesista una “non funzionalità totale di un organo od un arto” e le conseguenze dell'infortunio comportino, a causa di tale preesistente menomazione, una invalidità permanente “bilaterale” viene liquidata una indennità pari al:

- 100% della totale nel caso di perdita totale e irrimediabile dell'uso funzionale dell'organo o arto sano;
- doppio del grado di invalidità accertata (con il massimo del 100%) nel caso di perdita parziale dell'uso funzionale dell'organo o arto sano.

Nei casi di invalidità permanente di grado pari o superiore al 50% sarà liquidata l'indennità pari all'intero capitale assicurato.

Per i casi in cui l'infortunio comporti una invalidità permanente di grado prevedibilmente superiore al 20% (ventipercento) e sia certamente indennizzabile, la Società porrà a disposizione dell'assicurato, a titolo di acconto, un importo pari ad un terzo dell'indennità corrispondente all'indennizzo valutato al momento, da conguagliarsi in sede di definitiva liquidazione del sinistro.

Il pagamento di tale anticipazione da parte della Società avverrà entro 30 giorni dal ricevimento della certificazione medica da cui risulta l'entità presunta dell'invalidità.

ART. 30) DIARIA DA RICOVERO DA INFORTUNIO (operante solo se richiamata nella Categoria assicurata)

Se in conseguenza di evento indennizzabile ai sensi di polizza l'Assicurato viene ricoverato in istituto di cura (pubblico o privato), l'impresa liquida una diaria per l'importo e la durata come specificato in ogni singola scheda di copertura.

La diaria di cui sopra viene liquidata dietro presentazione di copia della cartella clinica attestante la durata del ricovero.

La Società corrisponde un'indennità, pari al 50% di quella garantita in caso di ricovero, anche nel caso di day hospital quando questo di protragga per almeno due giorni anche non consecutivi, sino ad un massimo di 15 giorni per sinistri e per anno assicurativo a condizione che abbia riguardato prestazioni relative a terapie chirurgiche e mediche conseguenti ad infortunio indennizzabile a termini di polizza. Sono esclusi i day hospital per visite specialistiche, analisi cliniche ed esami strumentali eseguiti ai soli fini diagnostici.

Indennità di convalescenza post-ricovero

La società corrisponde a seguito di ricovero che abbia determinato almeno 5 pernottamenti, un'indennità supplementare pari al 50% di quella garantita in caso di ricovero. Detta indennità viene corrisposta a decorrere dal giorno successivo a quello di dimissione dall'Istituto di cura e per un numero di giorni pari a quello del ricovero con il massimo di 15 giorni.

Gli indennizzi per diaria da ricovero, day hospital e indennità di convalescenza post-ricovero sono cumulabili con quelli eventualmente dovuti per Morte o Invalidità Permanente.

La liquidazione dell'indennizzo sarà effettuata senza deduzione di alcuna franchigia.

ART. 31) RIMBORSO SPESE MEDICHE A SEGUITO DI INFORTUNIO (operante solo se richiamata nella Categoria assicurata)

Per ogni infortunio la Società assicura il rimborso delle spese per:

- onorari dei chirurghi o dell'equipe operatoria;
- uso della sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi terapeutici ed endoprotesi applicati durante l'intervento;
- rette di degenza;
- esami ed accertamenti diagnostici;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- spese farmaceutiche;
- trasporto dell'assicurato in ospedale o in clinica ed il ritorno effettuato con ambulanza;
- prestazioni medico-infermieristiche, medicinali, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari incluse le carrozzelle ortopediche.

Sono altresì comprese le spese per cure e applicazioni effettuate allo scopo di ridurre o eliminare le conseguenze di danni estetici provocati da infortunio.

La garanzia è estesa alle spese sostenute per ricovero in ospedali o cliniche anche non convenzionate qualora l'Infortunio sia avvenuto in località non dotata di presidi sanitari pubblici e/o convenzionati ovvero in tutti quei casi di obiettivo impedimento e/o comprovate ed immediate esigenze di ordine terapeutico.

Qualora l'assicurato venga ritenuto non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera del luogo ove è avvenuto l'infortunio, la Società rimborsa altresì le spese di trasferimento con ambulanza, eliambulanza o aereo in un centro ospedaliero attrezzato alla cura dell'assicurato.

La Società effettua rimborso previa presentazione dei documenti giustificativi di spesa in originale. Il pagamento viene effettuato a cura ultimata.

La presente garanzia vale fino a concorrenza della somma indicata in ogni singola scheda di copertura.

ART. 32) CUMULO DI INDENNITÀ

L'indennità per rimborso spese mediche è cumulabile con quella per morte o per invalidità permanente. 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. 33) CONTROVERSIE E COLLEGIO ARBITRALE

In caso di disaccordo sulla causa o sulla natura delle lesioni o sulla valutazione delle conseguenze attribuibili all'infortunio, la vertenza viene deferita – ove previsto dalla legge - ad un Collegio

Arbitrale che risiede presso la città di Parma.. Il Collegio è composto di tre medici, di cui due nominati dalle Parti, una per ciascuna, ed il terzo d'accordo fra i due primi, o, in difetto, e su istanza da una delle parti, dal Presidente del Tribunale di Parma.

Gli arbitri, tenendo presenti le condizioni del contratto di assicurazione, decidono a maggioranza inappellabilmente come amichevoli compositori; le loro decisioni impegnano le Parti anche se l'arbitro dissenziente non le ha sottoscritte.

Ciascuna delle Parti sopporta le spese del proprio arbitro e metà di quelle del terzo.

ART. 34) RINUNCIA RIVALSA

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi causa al diritto di rivalsa spettante all'Assicuratore ai sensi dell'art. 1916 C.C..

ART. 35) RESPONSABILITA' CIVILE DEL CONTRAENTE

La Società si obbliga a tenere indenne il Contraente di quanto egli sia tenuto a pagare per danni corporali o di morte (capitali, interessi e spese) agli assicurati o agli aventi diritto ai sensi di polizza quale responsabile civile a norma di legge per gli infortuni della presente polizza.

Tale garanzia è prestata per ciascun infortunato fino a concorrenza di un ulteriore importo, pari a quello che sarebbe dovuto secondo le condizioni di polizza a titolo di indennità per l'assicurazione infortuni.

L'assicurazione vale nel caso in cui l'infortunato od i beneficiari di polizza non si accontentino dell'indennità prevista dalla presente polizza e avanzino maggiori pretese di risarcimento per responsabilità civile del Contraente. In tal caso, l'importo dell'indennità viene accantonato per essere computato nel risarcimento che il Contraente fosse tenuto a corrispondere per sentenza o transazione.

Ove l'infortunato od i beneficiari recedano dall'azione di responsabilità civile o in essa rimangano soccombenti, l'importo accantonato è pagato sotto deduzione delle spese sostenute per resistere all'azione di danno.

Se con i beneficiari designati in polizza o indipendentemente da essi, altri aventi diritto al risarcimento per l'infortunio subito dall'assicurato avanzino pretese di danno verso il Contraente, l'assicurazione vale anche nei riguardi delle richieste di questi ultimi in concorso o meno con quelle dei beneficiari, fermi sempre i limiti di cui al comma secondo della presente condizione particolare.

Se per un infortunio viene iniziato un procedimento penale o una causa civile, il Contraente dovrà darne comunicazione all'Impresa appena ne abbia conoscenza; parimenti dovrà informare questa di qualsiasi domanda proposta da infortunati o loro beneficiari o aventi diritto per conseguire risarcimenti a titolo di responsabilità civile, trasmettendole in ogni caso documenti, notizie e quant'altro riguarda la vertenza.

La Società assume fino a quando ne ha interesse, e sostenendone le spese a termini di legge, la gestione delle vertenze tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, sia civile che penale, a nome del Contraente, avvalendosi di tutti i diritti ed azioni ad esso competenti.

ART. 36) COASSICURAZIONE E DELEGA

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

Il Contraente dichiara di avere affidato la gestione del presente contratto al Broker incaricato e le Società hanno convenuto di affidare la delega alla Società Delegataria indicata in esso; di conseguenza tutti i rapporti inerenti la presente Assicurazione saranno svolti per conto del Contraente dal Broker incaricato il quale tratterà con la Delegataria.

In particolare, tutte le comunicazioni inerenti il Contratto, ivi comprese quelle relative al recesso o alla disdetta ed alla gestione dei sinistri, si intendono fatte o ricevute dalla Delegataria in nome e per conto di tutte le Società coassicuratrici.

Le Società coassicuratrici riconoscono come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di gestione compiuti dalla Delegataria per conto comune fatta soltanto eccezione per l'incasso dei premi di polizza il cui pagamento verrà effettuato nei confronti di ciascuna Società.

La sottoscritta Società Delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle Coassicuratrici indicate negli atti suddetti (polizza e appendici) a firmarli anche in loro nome e per loro conto.

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

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

ART. 37) STATISTICHE SINISTRI

La Società è tenuta a fornire all'assicurato o al broker indicato in polizza le statistiche sinistri riservati/liquidati che evidenzia:

- la controparte,
- gli importi pagati e riservati,
- la tipologia
- lo stato per ciascun sinistro

con frequenza semestrale a partire dalla data di decorrenza della polizza alle scadenze del 31 dicembre e del 30 giugno a mezzo tabulato predisposto dalla Compagnia delegataria.

L'ASSICURATO/CONTRAENTE

LA SOCIETÀ

Ai fini degli artt. 1341 e 1342 del C.C. il sottoscritto dichiara di avere attentamente letto e di approvare espressamente le disposizioni contenute nei seguenti articoli delle Condizioni Generali:

- art. 8.: diritto di recesso delle Parti dopo ogni denuncia di sinistro;
- art. 11.: deroga alla competenza territoriale;
- art. 20.: limite di risarcimento in caso di infortunio che colpisca più assicurati;
- art. 25.: denuncia dell'infortunio ed obblighi relativi;
- art. 32.: deferimento delle controversie al collegio arbitrale.

L'ASSICURATO/CONTRAENTE

LA SOCIETÀ

	CATEGORIE ASSICURATE	TIPO DATO VARIABILE	MONTANTE DATO VARIABILE
CAT. A)	Conducenti dei veicoli di proprietà o in locazione e/o comodato all'Ente, per utilizzo dei mezzi stessi in occasione di missioni o per adempimenti di servizio per ordine e per conto del Contraente	N. veicoli	6
CAT. B)	Dipendenti, borsisti, personale esterno e in addestramento e/o tirocinio, in missione o adempimenti di servizio per ordine e per conto del Contraente	N. giornate/missione	170
CAT. C)	Componenti del CDA	N. persone	4
CAT. D)	Presidente/Legale Rappresentante	N. persone	1

**CATEGORIA A)
CONDUCENTI DEI VEICOLI DI PROPRIETA' O IN LOCAZIONE E/O
COMODATO ALL'ENTE, PER UTILIZZO DEI MEZZI STESSI IN OCCASIONE
DI MISSIONI O PER ADEMPIMENTI DI SERVIZIO PER ORDINE E PER CONTO
DEL CONTRAENTE**

RISCHIO ASSICURATO

L'assicurazione si intende prestata per i soggetti suindicati in qualità di conducenti autorizzati nonché per gli infortuni subiti dagli Assicurati:

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

SOMME ASSICURATE

A) Morte	€ 260.000,00
B) Invalidità Permanente	€ 260.000,00
C) Rimborso spese mediche	€ 2.600,00
D) Diaria da ricovero	€ 100,00

PREMIO ANTICIPATO

Il premio dell'assicurazione, conteggiato in base ai tassi lordi (inclusa l'imposta) sottoindicati, viene calcolato in via provvisoria dal Contraente sulla base di N° 6 veicoli di proprietà e/o in locazione e/o in comodato all'Ente

- N° 6 Veicoli al premio lordo unitario di: €

L'ASSICURATO/CONTRAENTE

LA SOCIETÀ

**CATEGORIA B)
I DIPENDENTI, BORSISTI, PERSONALE ESTERNO E IN ADDESTRAMENTO
E/O TIROCINIO ALLA STAZIONE, IN MISSIONE O ADEMPIMENTI DI
SERVIZIO PER ORDINE E PER CONTO DEL CONTRAENTE**

RISCHIO ASSICURATO

L'assicurazione si intende prestata per i soggetti suindicati in missione autorizzate dalla Contraente in Italia e all'estero. La copertura decorre dal momento della partenza dell'assicurato per la missione e cessa al momento del suo rientro.

SOMME ASSICURATE

A) Morte	€ 130.000,00
B) Invalidità Permanente	€ 130.000,00
C) Rimborso spese mediche	€ 2.600,00

PREMIO ANTICIPATO

Il premio dell'assicurazione, conteggiato in base ai tassi lordi (inclusa l'imposta) sottoindicati, viene calcolato in via provvisoria dal Contraente sulla base di N° 170 giornate/persona.

- N° 170 giornate/persona al premio lordo unitario di: €

L'ASSICURATO/CONTRAENTE

LA SOCIETÀ

CATEGORIA C)
COMPONENTI DEL CDA

RISCHIO ASSICURATO

L'assicurazione si intende prestata per i soggetti suindicati in missione autorizzate dalla Contraente in Italia e all'estero. La copertura decorre dal momento della partenza dell'assicurato per la missione e cessa al momento del suo rientro.

SOMME ASSICURATE

A) Morte	€ 150.000,00
B) Invalidità Permanente	€ 150.000,00
C) Rimborso spese mediche	€ 5.000,00

PREMIO ANTICIPATO

Il premio dell'assicurazione, conteggiato in base ai tassi lordi (inclusa l'imposta) sottoindicati, viene calcolato in via provvisoria dal Contraente sulla base di N° 4 persone.

- N° 4 persone al premio lordo unitario di: €

L'ASSICURATO/CONTRAENTE

LA SOCIETÀ

**CATEGORIA D)
PRESIDENTE/ LEGALE RAPPRESENTANTE**

RISCHIO ASSICURATO

L'assicurazione si intende prestata per i soggetti suindicati in missione autorizzate dalla Contraente in Italia e all'estero. La copertura decorre dal momento della partenza dell'assicurato per la missione e cessa al momento del suo rientro.

SOMME ASSICURATE

A) Morte	€ 150.000,00
B) Invalidità Permanente	€ 150.000,00
C) Rimborso spese mediche	€ 5.000,00

PREMIO ANTICIPATO

Il premio dell'assicurazione, conteggiato in base ai tassi lordi (inclusa l'imposta) sottoindicati, viene calcolato in via provvisoria dal Contraente sulla base di N° 1 persona.

- N° 1 persona al premio lordo unitario di: €

L'ASSICURATO/CONTRAENTE

LA SOCIETÀ
