

Lotto 3 - COPERTURA ASSICURATIVA INFORTUNI

DEFINIZIONI

Ai fini del presente contratto assicurativo, si conviene che e si intende per:

Assicurato: il soggetto, persona fisica o giuridica, il cui interesse e' protetto dalla assicurazione;

Assicurato aggiuntale: DGN Srl – Distribuzione gas naturale, Azienda partecipata al 100% dalla Contraente, ACEA Power Srl, società partecipata al 60% dalla Contraente, ACEA Ambiente Srl, società partecipata al 60% dalla Contraente, Acea Pinerolese Energia Srl (APE Srl), Acea Servizi Strumentali Territoriali Srl (ASST Srl), in nome e per conto delle quali la Contraente stipula la presente assicurazione;

Contraente: **ACEA Pinerolese Industriale SpA** – Via Vigone 42 - Pinerolo, di seguito denominato anche Azienda;

Attività dell'Assicurato: L'esercizio delle attività e competenze della Azienda previste e/o consentite e/o delegate da leggi, regolamenti, dal proprio Statuto o altri atti amministrativi, e le attività accessorie, complementari, connesse e collegate, preliminari e conseguenti alle principali, nessuna esclusa e comunque svolte, anche avvalendosi di strutture di terzi, e/o affidando a terzi l'utilizzo di proprie strutture; tali attività comprendono la proprietà e/o conduzione di beni / impianti e possono essere svolte direttamente, e/o congiuntamente con altre Aziende, e/o partecipando ad altri Enti, Consorzi, Società, e/o avvalendosi di terzi;

Società: la Compagnia assicuratrice e le eventuali mandanti nonche', laddove presenti, le Agenzie delle stesse (in gestione diretta o in economia) alle quali viene assegnato il contratto;

Broker: la Società Willis Italia SpA

Assicurazione: il contratto di assicurazione;

Polizza: il documento che prova e regola la assicurazione;

Franchigia: la parte di danno che l'assicurato tiene a suo carico e che per ciascun sinistro viene dedotta dall'indennizzo. Nel caso di franchigia assoluta gli importi di danno inferiori alla franchigia non sono rimborsabili e quelli superiori sono ridotti della misura della franchigia;

Sinistro: l'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione;

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

Liquidazione del danno: la determinazione della somma rimborsabile a titolo di indennizzo;

Annualità assicurativa o periodo assicurativo: il periodo compreso tra la data di effetto e la data di prima scadenza annuale, o tra due date di scadenza annuale tra loro successive, o tra l'ultima data di scadenza annuale e la data di cessazione della assicurazione;

Infortunio: l'evento avvenuto per causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche o patologie oggettivamente constatabili;

Malattia: la alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio

Invalidità permanente: la perdita della capacità generica ad attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla propria professione (invalidità assoluta), o la riduzione irrimediabile e definitiva della capacità ad attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo (invalidità parziale); rientrano nella definizione di invalidità permanente assoluta anche le invalidità che, indipendentemente dal grado, siano tali da non consentire la prosecuzione del rapporto di lavoro in essere, come anche le invalidità di grado pari o superiore al 65%;

Inabilità temporanea: l'impedimento temporaneo generale (inabilità assoluta) o la limitazione (inabilità parziale) all'esercizio delle attività svolte dall'assicurato;

Ospedale, clinica, casa o istituto di cura: la struttura autorizzata, in base alla normativa vigente, al ricovero di pazienti e/o alla assistenza sanitaria con degenza diurna; non rientrano in questa definizione le strutture termali, di convalescenza, di soggiorno, per le attività diverse da quelle di ricovero e/o di assistenza sanitaria;

Rischio professionale: l'evento o la patologia verificatosi durante o riconducibile allo svolgimento delle attività professionali e/o comunque riconducibile al rapporto con la Azienda;

Rischio extra-professionale: l'evento o la patologia verificatosi durante o riconducibile a situazioni di tempo o di luogo che non possono essere ricondotte al rischio professionale;

Retribuzione o ral: quanto, al lordo delle ritenute, e' stato effettivamente percepito dall'assicurato a compenso delle sue prestazioni nei 12 mesi antecedenti quello in cui si e' verificato l'evento indennizzabile ai sensi di polizza, con la esclusione di quanto corrisposto a titolo di rimborso spese e di emolumenti a carattere eccezionale ma compreso l'equivalente di vitto e alloggio qualora dovuto.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1: Durata del contratto

La copertura assicurativa ha effetto dalle ore 24,00 del 31 marzo 2014 fino alle ore 24,00 del 31.03.2016 con scadenze annuali intermedie al 31 dicembre di ciascun anno, e non è prorogabile automaticamente.

E' facoltà di ciascuna delle parti rescindere il contratto in occasione di ogni scadenza annuale intermedia mediante comunicazione raccomandata inviata dall'una all'altra parte – e anticipata a mezzo telefax - almeno 180 (centottanta) giorni prima di tale scadenza, fermo che non e' consentito alla Società assicuratrice inviare disdetta / recesso solo per una o alcune delle garanzie previste.

E' facoltà dell'Azienda notificare alla Società, entro i 30 (trenta) giorni antecedenti la scadenza del Contratto di assicurazione, la prosecuzione dello stesso alle medesime condizioni normative ed economiche fino ad un massimo di 180 (centottanta) giorni immediatamente successivi a tale scadenza, a fronte di un importo di premio per ogni giorno di copertura pari a 1/365 del premio annuale, che verrà corrisposto entro 60 (sessanta) giorni dalla data di decorrenza della prosecuzione.

Resta inteso tra le parti che nel corso del periodo contrattuale possono intervenire revisioni delle condizioni normative e/o economiche, laddove emergano elementi tali da giustificare la loro variazione, secondo quanto previsto dall'art. 115 del D. Lgs. n. 163/2006 .

Art. 2: Gestione del contratto

La gestione del contratto, ovvero la collaborazione alla esecuzione dello stesso, e' affidata ai sensi della Legge 792/84 e del Dlgs 209/2005 al broker di assicurazione.

Anche ai sensi del D.Lgs. 209/05 Codice delle Assicurazioni e s.m.i., l'Amministrazione e la Società si danno reciprocamente atto che tutti i rapporti, compreso il pagamento dei premi, avverranno per il tramite del broker; la Società dà atto che il pagamento dei premi al broker e' liberatorio per la Amministrazione, e riconosce ad esso un periodo di differimento per la loro corresponsione con scadenza il 10' giorno lavorativo del mese successivo a quello in cui scade il termine di pagamento per la Amministrazione.

Resta pertanto inteso e confermato tra le Parti che al Broker sarà riconosciuta da parte della Società Assicuratrice, una percentuale provvisoria sul premio assicurativo imponibile pari al 12% quale compenso per la gestione dei contratti, senza che nessun onere o aggravio possa essere imputato alla contraente.

Tutte le comunicazioni riguardanti il contratto – che dovranno essere necessariamente inviate a mezzo posta raccomandata, telefax o posta elettronica con avviso di ricevuta - avverranno anch'esse per il tramite del suddetto broker, che viene quindi riconosciuto dalle parti quale mittente e/o destinatario in luogo e per conto delle stesse.

Art. 3: Riferimento alle norme di legge - Foro competente

Per quanto non previsto dalle presenti condizioni contrattuali – che verranno interpretate in maniera favorevole all'Assicurato, qualora fossero discordanti tra loro - valgono unicamente le norme stabilite dal Codice Civile.

Per le controversie riguardanti l'applicazione del contratto, è competente l'Autorità Giudiziaria del luogo ove ha sede l'Azienda.

Art. 4: Pagamento del premio - Termini di rispetto

Anche in deroga al disposto dell'art. 1901 Codice Civile, l'Azienda pagherà alla Società, per il tramite del broker:

- a. entro 90 giorni o, se la data che ne consegue è antecedente all'ultimo giorno del 3° mese successivo, entro il 3° mese successivo alla data di decorrenza della copertura, il premio di prima rata convenuto, sempreché nel frattempo la Società abbia trasmesso, e siano stati ricevuti, i documenti contrattuali in originale; diversamente, il periodo di differimento viene esteso fino al 30° giorno successivo a quello del loro ricevimento;
- b. entro 90 giorni o, se la data che ne consegue è antecedente all'ultimo giorno del 3° mese successivo, entro il 3° mese successivo a ciascuna data di scadenza intermedia, il premio riferito al periodo assicurativo in corso;
- c. entro 90 giorni dalla presentazione dell'appendice:
 - il premio di regolazione disposto dal corrispondente articolo di polizza
 - il premio di eventuali variazioni contrattuali, se non diversamente convenuto.

Trascorsi senza esito i termini sopra indicati, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 dell'ultimo giorno utile e riprende la sua efficacia dalle ore 24 del giorno di pagamento del premio (intendendo per tale il giorno in cui l'Azienda comunica l'avvenuta ricezione da parte della propria Tesoreria dell'ordinativo di pagamento), ferme restando le scadenze contrattuali convenute.

Per i contratti scaduti, il mancato pagamento del premio di regolazione nei termini stabiliti libera la Società, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, dall'obbligo per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

Il pagamento del premio sarà effettuato tramite rate semestrali senza interessi di frazionamento.

Art. 5: Rinuncia al diritto di rivalsa

La Società dichiara di rinunciare in favore dell'Assicurato all'azione di surroga che possa competerle ai sensi dell'art. 1916 del C.C. .

Art. 6: Facoltà di recesso

Avvenuto un sinistro e sino al 30° giorno successivo alla sua definizione, ma non oltre il 90° giorno antecedente la scadenza della annualità assicurativa in corso, ogni parte può recedere dal contratto previa comunicazione all'altra con lettera raccomandata A.R. .

In tale caso la copertura assicurativa rimarrà efficace per ulteriori 90 giorni dal ricevimento dell'avviso di recesso (o per una minor durata, secondo quanto verrà eventualmente richiesto dalla

Azienda); nei 30 giorni successivi al termine di tale periodo, la Società rimborserà alla Azienda il rateo di premio per il periodo non fruito, al netto delle imposte.

CONDIZIONI PARTICOLARI DELL'ASSICURAZIONE

Art. 7: Soggetti assicurati

Sono assicurati i soggetti rientranti nei gruppi, tra quelli di seguito elencati, richiamati nella scheda di conteggio del premio del presente contratto:

1. i Quadri, Impiegati, Operai, che operano presso l'Azienda,
2. Membri del Consiglio d'Amministrazione

della Azienda contraente e delle partecipate: DGN Srl – Distribuzione gas naturale, Azienda partecipata al 100% dalla Contraente, ACEA Power Srl, società partecipata al 60% dalla Contraente, ACEA Ambiente Srl, società partecipata al 60% dalla Contraente, APE Srl, ASST Srl, in nome e per conto delle quali la Contraente stipula la presente assicurazione;

Sezione1' – Quadri, Impiegati, Operai

Art. 8: Oggetto dell'assicurazione

Oggetto dell'assicurazione sono gli infortuni occorsi agli assicurati di cui al punto 1) dell'art. Soggetti assicurati, dai quali derivi la morte o una invalidità permanente assoluta o parziale, e/o esborsi per cure mediche, e/o ricoveri in istituti di cura, e/o applicazione di apparecchio gessato o tutore immobilizzante esterno.

Art. 9: Efficacia della copertura assicurativa – Limiti territoriali

La copertura assicurativa si riferisce, senza limiti territoriali, agli infortuni sofferti in servizio o per causa di servizio, compresi quindi i trasferimenti, le missioni e il tragitto tra il/i luogo/i di lavoro; sono altresì compresi gli infortuni sofferti durante il tragitto da e per l'abitazione (rischio professionale).

Art. 10: Estensioni della copertura

L'assicurazione comprende gli infortuni conseguenti a o derivanti da:

- ◇ imprudenze e negligenze anche gravi
 - ◇ malore ed incoscienza, purché non determinati da uso di sostanze stupefacenti o simili assorbite per scopi non terapeutici
 - ◇ abuso di alcolici, purché non alla guida di veicoli e/o natanti in genere
 - ◇ tumulti popolari, atti di pirateria, atti terroristici, aggressioni, atti violenti e/o azioni coercitive di terzi qualunque ne sia il movente
 - ◇ calamità naturali
 - ◇ stati 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,
- nonché:

- ◇ l'annegamento ed asfissia di natura accidentale
- ◇ l'avvelenamento da ingestione o assorbimento subitaneo di sostanze nocive
- ◇ il contatto con corrosivi
- ◇ la pratica non professionale di qualsiasi sport
- ◇ le lesioni, compresa l'ernia ma esclusi gli infarti, determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico
- ◇ la folgorazione, i colpi di sole o di calore, l'assideramento o il congelamento
- ◇ le influenze termiche e atmosferiche
- ◇ i morsi di animali o punture di insetti

Le garanzie sono valide ed efficaci anche nei confronti di tutte le manifestazioni patologiche, sia immediate che verificatesi entro 180 giorni dall'infortunio, in diretto nesso causale con esso purché non causate e/o concausate da situazioni patologiche preesistenti anche se sconosciute all'assicurato.

Art. 11: Liquidazione del danno

In caso di infortunio mortale la Società liquiderà ai beneficiari (specificati dall'assicurato o, in mancanza, ai suoi eredi legittimi e/o testamentari) un importo pari a quello indicato nella scheda di conteggio del premio. In caso di morte presunta dell'assicurato, l'importo verrà liquidato dopo che siano trascorsi sei mesi dalla avvenuta presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta ai sensi degli artt. 60 e 62 C.C., e ciò anche se il corpo dell'assicurato non è stato ritrovato ma si presume che il decesso sia avvenuto a seguito di infortunio; qualora la Società abbia pagato l'indennità dovuta e dopo ciò risulti che l'assicurato sia vivo, la stessa avrà diritto alla restituzione della somma liquidata ed a restituzione avvenuta l'assicurato potrà far valere i propri diritti nel caso di invalidità permanente.

In caso di invalidità permanente, la determinazione dell'indennità avverrà:

a) valutando il grado di invalidità tramite accertamenti medici e sulla base delle tabelle e dei criteri di valutazione di cui al DPR n. 1124/65 e s.m.i., restando convenuto che:

- qualora l'evento colpisca una persona la cui integrità fisica od attitudine al lavoro risultino ridotte per effetto di una preesistente inabilità fisica permanente e parziale, la valutazione del grado di invalidità sarà determinata dal rapporto espresso da una frazione in cui il denominatore è rappresentato dal grado di integrità preesistente (100% detratta la percentuale di inabilità preesistente) ed il numeratore dalla differenza fra il grado di integrità preesistente ed il grado di integrità fisica residua dopo il verificarsi dell'evento,
- qualora l'evento dannoso colpisca una persona la cui integrità fisica od attitudine al lavoro risultino ridotte per effetto di una preesistente inabilità fisica permanente e totale, l'invalidità sarà valutata in misura pari al grado di invalidità determinato con le modalità di cui al presente articolo, maggiorato del 50%.

in tali casi, il massimo grado di invalidità non potrà comunque superare la misura del 100%; per la determinazione del grado della eventuale invalidità preesistente (della cui preventiva denuncia l'Azienda e l'assicurato sono esonerati) varrà, se posseduta, l'attestazione rilasciata dagli Enti assistenziali o previdenziali a carattere obbligatorio all'epoca intervenuti;

b) determinando e liquidando l'indennità in misura pari:

- all'importo indicato nella scheda di conteggio del premio, qualora l'evento abbia per

- conseguenza una invalidità permanente assoluta,
- all'importo ottenuto applicando il grado di invalidità accertato all'importo spettante per il caso di invalidità permanente assoluta, qualora l'evento abbia per conseguenza una invalidità permanente parziale.

La Società, qualora abbia liquidato o comunque offerto in misura determinata l'indennizzo per la invalidità permanente da infortunio e l'assicurato sia deceduto entro due anni dall'evento, ed in conseguenza di questo, pagherà agli aventi diritto, secondo le norme della successione legittima o testamentaria, la differenza tra questo e l'indennizzo determinato per il caso di morte, se superiore, e nulla richiedendo in caso contrario.

In caso di infortunio verranno rimborsate, laddove previsto e fino alla concorrenza per evento e anno assicurativo dell'importo indicato per questo caso, le spese sostenute quali, a titolo esemplificativo e non limitativo:

- spese di ricovero, rette di degenza,
- onorari dei chirurghi e dell'equipe operatoria,
- uso della sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi terapeutici, protesici e endoprotesi applicati durante l'intervento,
- esami, esami di laboratorio, accertamenti diagnostici,
- trattamenti fisioterapici e rieducativi, bagni, forni e altre cure mediche occorrenti,
- trasporto dell'assicurato in ospedale o in clinica e il ritorno a casa effettuato con ambulanza e/o mezzi speciali di soccorso,
- prestazioni mediche e infermieristiche, medicinali, sangue, plasma, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari e attrezzature similari.

Sono comprese le spese per cure, interventi chirurgici ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre o eliminare le conseguenze di danni estetici provocati da infortunio.

Qualora l'Assicurato venga ritenuto non curabile nell'ambito della organizzazione ospedaliera del luogo ove e' avvenuto l'infortunio, la Società rimborsa inoltre fino alla concorrenza di euro 3.000,00 (euro tremila/00) le spese di trasferimento con il mezzo piu' idoneo al centro ospedaliero attrezzato per la cura dell'Assicurato piu' vicino alla sua residenza.

In caso di infortunio che richieda ricovero in istituto di cura e/o applicazione di apparecchio gessato o di tutore immobilizzante esterno equivalente, fermo quanto previsto al punto 3. ma non in aggiunta ad esso, la Società corrisponderà una indennità giornaliera conteggiata a decorrere dal giorno successivo a quello in cui si e' verificato l'infortunio e fino al giorno precedente quello della avvenuta dimissione o guarigione, per un importo pari a 1/1000 del capitale assicurato per il caso di invalidità permanente:

con il massimo di euro 80,00 (ottanta/00) al giorno

per un massimo di 360 giorni (anche non consecutivi) in caso di ricovero

per un massimo di 100 giorni in caso di applicazione di gesso o tutore

La Società effettuerà i rimborsi, previa presentazione dei documenti giustificativi di spesa in originale, a cura ultimata.

Qualora l'infortunio sia conseguente ad atti di terrorismo, aggressione, sequestro (anche se tentato) o rapina verrà corrisposta all'assicurato o ai suoi beneficiari una ulteriore indennità pari al 100% della somma spettante.

Tale ulteriore indennità non è cumulabile con quella di cui al successivo comma.

Qualora, in seguito ad infortunio determinato da uno stesso evento derivi la morte dell'Assicurato e del coniuge non separato, ai figli minori conviventi – se beneficiari - sarà liquidata una ulteriore indennità pari al 100% della somma spettante agli stessi.

Tale ulteriore indennità non è cumulabile con quella di cui al comma che precede.

Sezione 2- Membri del Consiglio d'Amministrazione

Art. 12: Oggetto dell'assicurazione

Oggetto dell'assicurazione sono gli infortuni occorsi agli assicurati di cui al punto 2 dell'art. Soggetti assicurati, dai quali derivi la morte o una invalidità permanente assoluta o parziale, e/o esborsi per cure mediche, e/o ricoveri in istituti di cura, e/o applicazione di apparecchio gessato o tutore immobilizzante esterno.

Art. 13: Efficacia della copertura assicurativa – Limiti territoriali

La copertura assicurativa si riferisce, senza limiti territoriali, agli infortuni sofferti dagli assicurati in occasione o in conseguenza dell'espletamento del loro mandato o a esso correlati, compresi quindi i trasferimenti, le missioni e il tragitto tra il/i luogo/i di lavoro; sono altresì compresi gli infortuni sofferti durante il tragitto da e per l'abitazione (rischio professionale).

Art. 14: Estensioni della copertura

L'assicurazione comprende gli infortuni conseguenti a o derivanti da:

- ◇ imprudenze e negligenze anche gravi
 - ◇ malore ed incoscienza, purché non determinati da uso di sostanze stupefacenti o simili assorbite per scopi non terapeutici
 - ◇ abuso di alcolici, purché non alla guida di veicoli e/o natanti in genere
 - ◇ tumulti popolari, atti di pirateria, atti terroristici, aggressioni, atti violenti e/o azioni coercitive di terzi qualunque ne sia il movente
 - ◇ calamità naturali
 - ◇ stati 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,
- nonché:
- ◇ l'annegamento ed asfissia di natura accidentale
 - ◇ l'avvelenamento da ingestione o assorbimento subitaneo di sostanze nocive
 - ◇ il contatto con corrosivi
 - ◇ la pratica non professionale di qualsiasi sport
 - ◇ le lesioni, compresa l'ernia ma esclusi gli infarti, determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico



- ◇ la folgorazione, i colpi di sole o di calore, l'assideramento o il congelamento
- ◇ le influenze termiche e atmosferiche
- ◇ i morsi di animali o punture di insetti

Le garanzie sono valide ed efficaci anche nei confronti di tutte le manifestazioni patologiche, sia immediate che verificatesi entro 180 giorni dall'infortunio, in diretto nesso causale con esso purché non causate e/o concausate da situazioni patologiche preesistenti anche se sconosciute all'assicurato.

Art. 15: Liquidazione del danno

1. In caso di infortunio mortale la Società liquiderà ai beneficiari (specificati dall'assicurato o, in mancanza, ai suoi eredi legittimi e/o testamentari) un importo pari a quello indicato nella scheda di conteggio del premio. In caso di morte presunta dell'assicurato, l'importo verrà liquidato dopo che siano trascorsi sei mesi dalla avvenuta presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta ai sensi degli artt. 60 e 62 C.C., e ciò anche se il corpo dell'assicurato non è stato ritrovato ma si presume che il decesso sia avvenuto a seguito di infortunio; qualora la Società abbia pagato l'indennità dovuta e dopo ciò risulti che l'assicurato sia vivo, la stessa avrà diritto alla restituzione della somma liquidata ed a restituzione avvenuta l'assicurato potrà far valere i propri diritti nel caso di invalidità permanente.
2. In caso di invalidità permanente, la determinazione dell'indennità avverrà:
 - a) valutando il grado di invalidità tramite accertamenti medici e sulla base delle tabelle e dei criteri di valutazione di cui al DPR n. 1124/65 e s.m.i., restando convenuto che:
 - ◇ qualora l'evento colpisca una persona la cui integrità fisica od attitudine al lavoro risultino ridotte per effetto di una preesistente inabilità fisica permanente e parziale, la valutazione del grado di invalidità sarà determinata dal rapporto espresso da una frazione in cui il denominatore è rappresentato dal grado di integrità preesistente (100% detratta la percentuale di inabilità preesistente) ed il numeratore dalla differenza fra il grado di integrità preesistente ed il grado di integrità fisica residua dopo il verificarsi dell'evento,
 - ◇ qualora l'evento dannoso colpisca una persona la cui integrità fisica od attitudine al lavoro risultino ridotte per effetto di una preesistente inabilità fisica permanente e totale, l'invalidità sarà valutata in misura pari al grado di invalidità determinato con le modalità di cui al presente articolo, maggiorato del 50%.
 - ◇ in tali casi, il massimo grado di invalidità non potrà comunque superare la misura del 100%; per la determinazione del grado della eventuale invalidità preesistente (della cui preventiva denuncia l'Azienda e l'assicurato sono esonerati) varrà, se posseduta, l'attestazione rilasciata dagli Enti assistenziali o previdenziali a carattere obbligatorio all'epoca intervenuti;
 - b) determinando e liquidando l'indennità in misura pari:
 - ◇ all'importo indicato nella scheda di conteggio del premio, qualora l'evento abbia per conseguenza una invalidità permanente assoluta,
 - ◇ all'importo ottenuto applicando il grado di invalidità accertato all'importo spettante per il caso di invalidità permanente assoluta, qualora l'evento abbia per conseguenza una invalidità permanente parziale.

La Società, qualora abbia liquidato o comunque offerto in misura determinata l'indennizzo per la invalidità permanente da infortunio e l'assicurato sia deceduto entro due anni dall'evento, ed in conseguenza di questo, pagherà agli aventi diritto, secondo le norme della successione legittima o testamentaria, la differenza tra questo e l'indennizzo determinato per il caso di morte, se superiore, e nulla richiedendo in caso contrario.

3. In caso di infortunio verranno rimborsate, laddove previsto e fino alla concorrenza per evento e anno assicurativo dell'importo indicato per questo caso, le spese sostenute quali, a titolo esemplificativo e non limitativo:

- ◇ spese di ricovero, rette di degenza,
- ◇ onorari dei chirurghi e dell'equipe operatoria,
- ◇ uso della sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi terapeutici, protesici e endoprotesi applicati durante l'intervento,
- ◇ esami, esami di laboratorio, accertamenti diagnostici,
- ◇ trattamenti fisioterapici e rieducativi, bagni, forni e altre cure mediche occorrenti,
- ◇ trasporto dell'assicurato in ospedale o in clinica e il ritorno a casa effettuato con ambulanza e/o mezzi speciali di soccorso,
- ◇ prestazioni mediche e infermieristiche, medicinali, sangue, plasma, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari e attrezzature simili.

Sono comprese le spese per cure, interventi chirurgici ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre o eliminare le conseguenze di danni estetici provocati da infortunio.

Qualora l'Assicurato venga ritenuto non curabile nell'ambito della organizzazione ospedaliera del luogo ove e' avvenuto l'infortunio, la Società rimborsa inoltre fino alla concorrenza di euro 3.000,00 (euro tremila/00) le spese di trasferimento con il mezzo piu' idoneo al centro ospedaliero attrezzato per la cura dell'Assicurato piu' vicino alla sua residenza.

4. In caso di infortunio che richieda ricovero in istituto di cura e/o applicazione di apparecchio gessato o di tutore immobilizzante esterno equivalente, fermo quanto previsto al punto 3. ma non in aggiunta ad esso, la Società corrisponderà una indennità giornaliera conteggiata a decorrere dal giorno successivo a quello in cui si e' verificato l'infortunio e fino al giorno precedente quello della avvenuta dimissione o guarigione, per un importo pari a 1/1000 del capitale assicurato per il caso di invalidità permanente:

- con il massimo di euro 80,00 (ottanta/00) al giorno
- per un massimo di 360 giorni (anche non consecutivi) in caso di ricovero
- per un massimo di 100 giorni in caso di applicazione di gesso o tutore

La Società effettuerà i rimborsi, previa presentazione dei documenti giustificativi di spesa in originale, a cura ultimata.

Qualora l'infortunio sia conseguente ad atti di terrorismo, aggressione, sequestro (anche se tentato) o rapina verrà corrisposta all'assicurato o ai suoi beneficiari una ulteriore indennità pari al 100% della somma spettante.

Tale ulteriore indennità non è cumulabile con quella di cui al successivo comma.

Qualora, in seguito ad infortunio determinato da uno stesso evento derivi la morte dell'Assicurato e del coniuge non separato, ai figli minori conviventi – se beneficiari - sarà liquidata una ulteriore indennità pari al 100% della somma spettante agli stessi.

Tale ulteriore indennità non è cumulabile con quella di cui al comma che precede.

CONDIZIONI OPERATIVE DELL'ASSICURAZIONE

Art. 16: Rischio volo (valido per tutte le Sezioni)

In caso di infortunio subito in occasione di viaggio aereo (comprese le fasi di imbarco e di sbarco e intendendo in garanzia il viaggio solo se effettuato dall'assicurato in qualità di passeggero a bordo di velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linea aerea regolare e non regolare, di aerotaxi, di Autorità civili e militari in occasione di traffico civile, di ditte e privati – esclusi aeroclubs - per attività turistica e di trasferimento, nonché di società di lavoro aereo durante il trasporto pubblico di passeggeri), qualora l'evento riguardi più assicurati a bordo dell'aeromobile la somma degli indennizzi spettanti non potrà superare complessivamente per aeromobile euro 6.000.000,00 per il caso di morte, euro 6.000.000,00 per invalidità permanente e euro 6.000,00 per inabilità temporanea; superando questo limite, le indennità spettanti verranno proporzionalmente ridotte.

Con riferimento a tale rischio aeronautico e a parziale deroga di quanto previsto agli articoli "Estensioni di copertura" relativamente alla efficacia della copertura assicurativa riguardante gli stati di guerra, si conviene tra le parti che essa è efficace anche per i sorvoli e/o le soste non voluti dall'assicurato in zone in stato di guerra (per guasti, dirottamenti o altre circostanze similari).

Art. 17: Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli eventi sofferti in conseguenza di:

- ◇ azioni delittuose - accertate con giudizio penale passato in giudicato - compiute o tentate dall'assicurato;
- ◇ trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dalla accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni, non riconducibili a scopi scientifici e/o diagnostici connessi alle attività della Azienda;
- ◇ guerra od insurrezione, ad eccezione di quanto previsto dagli artt. Estensione della copertura che precedono;
- ◇ guida di mezzi di locomozione aerei;
- ◇ guida di veicoli o natanti per cui l'assicurato non sia regolarmente abilitato.

Art. 18: Modalità per la liquidazione dell'indennità

La Società, ricevuto il certificato medico di guarigione e/o i documenti giustificativi di spesa in originale, o la certificazione attestante il grado di invalidità o l'atto di morte, provvederà al pagamento delle indennità entro 60 giorni dal ricevimento di tali documenti.

Qualora l'infortunio indennizzabile ai sensi di polizza comporti una invalidità permanente di grado superiore al 20% (ventiprocento), la Società porrà a disposizione dell'infortunato un terzo della indennità corrispondente al danno al momento valutato, con riserva di successivo accertamento

e conguaglio; il pagamento di tale anticipazione avverrà entro 30 giorni dal ricevimento, da parte della Società, della certificazione medica da cui risulti l'entità presunta della invalidità.

Art. 19: Controversie sulla definizione del danno

La determinazione della natura delle lesioni e la valutazione delle conseguenze dannose attribuibili all'evento sono effettuate dalla Società e dall'assicurato. A tal fine la Società invierà a quest'ultimo una proposta di indennità.

Qualora l'assicurato non intenda accettare la proposta pervenuta, la valutazione delle conseguenze attribuibili all'evento verrà, su domanda dello stesso, deferita ad un collegio di tre medici nominati uno dalla Società assicuratrice, uno dall'assicurato ed il terzo in accordo fra i primi due o, in difetto, dal Presidente dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove risiederà il collegio medico. Il collegio medico eleggerà la propria residenza nel Comune, sede di istituto di Medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'assicurato.

I medici, tenendo presenti le condizioni negoziali contenute nel presente contratto, decideranno a maggioranza.

La loro decisione sarà impegnativa per le parti ed inappellabile anche in eventuale mancanza di sottoscrizione del medico dissenziente.

Art. 20: Denuncia dei sinistri

La denuncia del sinistro verrà effettuata per iscritto dalla Azienda, per il tramite del broker, entro trenta giorni lavorativi dall'evento o da quando l'Ufficio Assicurazioni della stessa ne sia venuto a conoscenza, e conterrà l'indicazione del giorno, luogo e ora dell'evento, la descrizione delle cause che lo determinarono, l'indicazione dei nominativi di eventuali testimoni, nonché tutti gli elementi atti a consentire una adeguata ricostruzione dell'evento, e sarà corredata delle certificazioni mediche e di ogni ulteriore documentazione necessaria.

L'assicurato o gli aventi diritto devono consentire le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dalla Società.

Inoltre, e sempre a questo scopo, l'assicurato si obbliga a liberare dal segreto professionale i medici curanti o dallo stesso interessati.

Qualora l'evento abbia causato la morte dell'assicurato o quando questa intervenga durante il periodo di cura, deve esserne dato prima possibile avviso a mezzo telefax o posta elettronica alla Società.

La Società è tenuta a designare quale unico Ufficio deputato alla trattazione e alla definizione dei sinistri afferenti alla presente polizza quello più vicino alla sede amministrativa della Contraente.

Entro il 31 marzo e il 30 settembre di ciascun anno, la Società fornirà alla Azienda, per il tramite del broker, un elenco riepilogativo dei sinistri denunciati dall'inizio del contratto assicurativo, riportante:

- la numerazione attribuita
- la data di accadimento
- le sole iniziali dell'infortunato

- lo stato del sinistro
- l'importo stimato per la sua definizione, o
- l'importo liquidato
- nonché, qualora il sinistro sia stato respinto, i motivi della sua reiezione.

Art. 21: Costituzione del premio e regolazione – Altre assicurazioni - Buona fede

Il premio di polizza e' calcolato, in base alle Sezioni di appartenenza degli assicurati, moltiplicando i premi unitari convenuti per il numero degli assicurati indicati nella scheda di conteggio del premio, ovvero conteggiando la aliquota di premio promille sul totale delle retribuzioni annue erogate.

Il premio risulta costituito da una rata pagata anticipatamente calcolata sulla base dei dati forniti al perfezionamento del contratto, e da regolazioni annuali (attive o passive) calcolate sulla base dei dati consuntivi.

La Azienda fornirà quindi alla Società, entro i 120 giorni successivi alla scadenza di ogni periodo assicurativo, ai fini della regolazione del premio dell'annualità precedente, le variazioni intervenute.

Qualora nel corso dell'annualità assicurativa intervengano variazioni del numero di assicurati per inclusioni o esclusioni o per attivazione di gruppi di rischio previsti nella scheda di conteggio del premio, queste si intendono automaticamente efficaci ed assicurate senza l'obbligo della preventiva comunicazione da parte della Azienda.

La Azienda e' esonerata dalla preventiva denuncia delle generalità degli assicurati, per la identificazione dei quali si farà riferimento ai documenti ufficiali in possesso della Azienda stessa. Altrettanto, la Azienda e gli assicurati sono esonerati dalla denuncia di altre assicurazioni esistenti per il medesimo rischio.

Si conviene che, ove la Azienda abbia in buona fede fornito indicazioni inesatte od incomplete, la Società riconoscerà comunque la piena validità del contratto, fatto salvo il suo diritto di richiedere l'eventuale quota di premio non percepita.

Art. 22: Partecipazione delle Società – Associazione temporanea di imprese

(operante se del caso)

Il servizio assicurativo di cui alla presente polizza e' effettuato dalle Compagnie assicuratrici componenti la Associazione Temporanea di Imprese:

- ⇒ Compagnia ... Società mandataria
- ⇒ Compagnia ... Società mandante
- ⇒ Compagnia ... Società mandante

Il termine "Società" indica quindi tutte e ciascuna delle Compagnie assicuratrici costituenti l'Associazione Temporanea di Imprese.

La Società mandante riconosce come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti compiuti dalla Società mandataria per conto comune.

Le Società convengono che l'incasso dei premi di polizza avverrà per il tramite del broker, che provvederà direttamente con ciascuna Società secondo le rispettive quote percentuali di partecipazione alla Associazione Temporanea di Imprese:

- ⇒ Compagnia ... Quota xx%
- ⇒ Compagnia ... Quota xx%
- ⇒ Compagnia ... Quota xx%

Art. 23: Trattamento dei dati

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

Art. 24: Franchigia su invalidità permanente

Si dà atto che la garanzia di invalidità permanente è soggetta alle seguenti franchigie assolute:

Sezione 1) QUADRI, IMPIEGATI, OPERAI

Rischio professionale

- nessuna franchigia sulla parte di somma assicurata fino a euro 150.000,00
- 3% sulla parte di somma eccedente euro 150.000,00

Sezione 2) COMPONENTI (anche non dipendenti) degli Organi e/o Organismi Istituzionali;

- nessuna franchigia

Si conviene tra le Parti che la Società provvederà a liquidare agli assicurati che subissero infortunio indennizzabile ai sensi di polizza anche la parte di indennità rientrante nell'ambito delle franchigie anzidette, e ciò anche quando la percentuale globale di invalidità permanente non ecceda l'anzidetta franchigia.

La Società pertanto liquiderà agli assicurati un importo calcolato in assenza di franchigia.

La Azienda corrisponderà alla Società il consuntivo degli importi di franchigia nei termini di cui all'art. "Pagamento del premio" che precede, sulla base della documentazione di riepilogo che la Società trasmetterà all'Azienda nei 60 (sessanta) giorni successivi ad ogni scadenza annuale di polizza.

Art. 25: Designazione dei beneficiari

La documentazione mediante la quale gli Assicurati designano i beneficiari dell'assicurazione verrà raccolta dalla Contraente e consegnata alla Società contestualmente al perfezionamento del presente contratto.

Sarà cura della Società conservare tali designazioni, attingendovi in caso di sinistro per la individuazione dei beneficiari dell'Assicurato coinvolto nel sinistro.

Alla scadenza del presente contratto, o in caso di cessazione della copertura per uno o più Assicurati, la Società provvederà a rendere le designazioni corrispondenti alla Contraente.

Art. 26: Disposizione finale

Rimane convenuto che si intendono operanti solo le presenti norme dattiloscritte.

La firma apposta dalla Contraente su modelli a stampa forniti dalla Società Assicuratrice vale solo quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio tra le Società partecipanti alla associazione temporanea di imprese (se esistente).

Art. 27: Tracciabilità dei flussi finanziari

La Società assicuratrice, la Società di brokeraggio assicurativo, nonché ogni altra Impresa a qualsiasi titolo interessata al presente contratto (cd filiera) , sono impegnate a osservare gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari in ottemperanza a quanto previsto dalla Legge 13 agosto 2010 n. 136 e s.m.i. .

I soggetti di cui al paragrafo che precede sono obbligati a comunicare alla Stazione appaltante gli estremi identificativi dei conti correnti bancari o postali dedicati, anche se in via non esclusiva, alle movimentazioni finanziarie relative al presente contratto, unitamente alle generalità e al codice fiscale dei soggetti abilitati ad operare su tali conti correnti.

Tutte le movimentazioni finanziarie di cui al presente contratto dovranno avvenire – salve le deroghe previste dalla normativa sopra citata - tramite bonifico bancario o postale (Poste Italiane SpA) e riportare, relativamente a ciascuna transazione, il Codice Identificativo di Gara (CIG) o, qualora previsto, il Codice Unico di Progetto (CUP) comunicati dalla Stazione appaltante.

Il mancato assolvimento degli obblighi previsti dall'art. 3 della citata Legge n. 136/2010 costituisce causa di risoluzione del contratto, ai sensi dell'art. 1456 cc e dell'art. 3, c. 8 della Legge.

CONTEGGIO DEL PREMIO DI POLIZZA

Destinatari della assicurazione	Capitali assicurati				Numero assicurati o ammontare retribuzioni	Premio imp. totale
Sezioni e soggetti assicurati	caso morte	invalidità permanente	invalidità permanente da malattia	spese mediche		
1- Quadri,	ral x 5, massimo 150.850,00	ral x 6, massimo 181.020,00	0,00		N. 17 € 1.212.212,61	
2- Impiegati	ral x 5, massimo 226.750,00	ral x 6, massimo 272.100,00	0,00		N. 140 € 5.238.828,00	
3- Operai	ral x 5, massimo 264.350,00	ral x 6, massimo 317.220,00	0,00		N. 209 € 6.283.220,12	
4- Membri Consiglio di Amministrat	250.000,00	250.000,00	0,00		IN. 5	
Totale premio imponibile					euro	..
Imposte					euro	..
Totale premio lordo annuo					euro	..