



**Area Organizzazione e Risorse
Settore Bilancio Finanze e Provveditorato
Via Cavour 18 - 50129 Firenze**

LOTTO 1

CAPITOLATO/POLIZZA

**ASSICURAZIONE INFORTUNI CUMULATIVA
DEL PRESIDENTE, DEI CONSIGLIERI E DEGLI ASSESSORI
DELLA REGIONE TOSCANA**

DEFINIZIONI

Nel testo che segue, si intendono:

- 1) **Assicurazione:** il contratto di assicurazione
- 2) **Polizza:** il documento che prova l'assicurazione
- 3) **Contraente:** la persona fisica o giuridica che stipula il contratto di assicurazione
- 4) **Assicurato:** la persona fisica o giuridica il cui interesse è protetto dall'assicurazione
- 5) **Società:** l'impresa assicuratrice
- 6) **Broker:** MARSH S.p.A.
- 7) **Premio:** la somma dovuta dal Contraente alla Società
- 8) **Sinistro:** il fatto verificatosi durante il periodo di efficacia dell'assicurazione
- 9) **Infortunio:** evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, un'invalidità permanente oppure una inabilità temporanea.
- 10) **Indennizzo:** la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro
- 11) **Scoperto/Franchigia:** la parte di danno che rimane a carico dell'Assicurato
- 12) **Rischio:** la probabilità che si verifichi il sinistro
- 13) **Beneficiario:** il soggetto cui, in caso di morte dell'Assicurato, deve essere pagata la somma garantita

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

ART. 1 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DI RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte e reticenti del Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli art. 1892, 1893 e 1894 C.C..

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

La Società ha peraltro il diritto di percepire la differenza di premio corrispondente al maggior rischio a decorrere dal momento in cui la circostanza si è verificata.

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

Tuttavia l'omissione, incompletezza o inesattezza della dichiarazione da parte del Contraente e/o Assicurato di una circostanza eventualmente aggravante il rischio, durante il corso della validità della presente polizza così come all'atto della sottoscrizione della stessa, non pregiudicano il diritto all'indennizzo, sempreché tali omissioni, incomplete o inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo del Contraente.

Il Contraente e l'Assicurato sono esentati da qualsiasi obbligo di dichiarare i danni che avessero colpito polizze da loro sottoscritte a copertura dei medesimi rischi precedentemente la stipulazione della presente polizza di assicurazione.

ART.2 - DURATA DEL CONTRATTO – DECORRENZA DELLA GARANZIA – PAGAMENTO DEL PREMIO

Il presente contratto avrà durata dalle ore 24.00 del 30/06/2010 alle ore 24.00 del 30/06/2015 senza tacito rinnovo alla scadenza finale. Si conviene che le parti hanno la facoltà di recedere dal contratto dalla prima scadenza annuale con lettera raccomandata da inviarsi con almeno 90 (novanta) giorni di anticipo rispetto alla scadenza.

Il Contraente è tenuto al pagamento del premio annuo entro 45 (quarantacinque) giorni dal ricevimento della polizza, ferme restando l'efficacia e l'effetto della garanzia.

In caso di inadempienza la garanzia resterà sospesa dalle ore 24.00 del quarantacinquesimo giorno e riprenderà vigore alle ore 24.00 del giorno del pagamento del premio, fermo restando il diritto della Società al pagamento di quanto dovuto.

Il termine temporale di pagamento delle annualità di premio successive è di 60 (sessanta) giorni dalla data di scadenza dell'annualità assicurativa .

In caso di inadempienza la garanzia resterà sospesa dalle ore 24.00 del sessantesimo giorno e riprenderà vigore alle ore 24.00 del giorno del pagamento del premio, fermo restando il diritto della Società al pagamento di quanto dovuto.

ART.3 - REGOLAZIONE PREMIO

Il premio annuo, convenuto in base ad elementi di rischio variabili, in relazione al numero dei soggetti assicurati, viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo e della minore durata del contratto, secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio.

La garanzia della presente polizza è operante per gli assicurati nominativamente indicati nell'elenco allegato (A), che fa parte integrante della polizza stessa.

Per altro, per quanto concerne il pagamento del premio, questo viene anticipato dalla Contraente come da delega ricevuta dagli Assicurati.

Qualsiasi variazione del numero o dei nominativi degli assicurati di cui all'elenco allegato, sarà considerata valida, ai fini della garanzia, dalle ore 24 del giorno del ricevimento della relativa comunicazione da parte del Contraente, l'eventuale variazione di premio verrà regolata secondo quanto previsto nella scheda di quotazione (Calcolo del premio).

A tale scopo, entro 90 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o della minore durata del contratto, le parti provvederanno a regolarizzare l'eventuale conguaglio del premio sulla base del numero effettivo dei Consiglieri Assicurati e del periodo di durata effettiva delle garanzie per ciascuno di essi.

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

In caso di mancata comunicazione dei dati di regolazione o di mancato pagamento del premio di conguaglio, la Società fissa un ulteriore termine non inferiore a 30 giorni dandone comunicazione scritta, a mezzo lettera raccomandata, le garanzie si intenderanno sospese a decorrere dal trentesimo giorno dalla ricezione della lettera raccomandata.

Se il Contraente/Assicurato non adempie gli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società, fermo il suo diritto ad agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo di sospensione delle garanzie. La Società ha il diritto di effettuare in qualsiasi momento verifiche e controlli per i quali il Contraente/Assicurato è tenuto a fornire i chiarimenti e la documentazione necessaria.

ART. 4 - ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI

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.

Gli Assicurati sono esentati dall'obbligo di comunicare l'esistenza di altre assicurazioni stipulate da loro stessi o da altri a copertura degli stessi rischi assicurati con il presente contratto.

In caso di sinistro non si farà luogo all'applicazione del disposto dell'art.1910 del Codice Civile per tutte quelle garanzie che non rappresentino un rimborso di spese sostenute.

In tutti gli altri casi la Società Assicuratrice provvederà a liquidare le spese, secondo le condizioni tutte della presente polizza fermo il diritto al recupero dagli altri Assicuratori di quota parte dell'indennità corrisposta in applicazione del disposto del quarto comma dell'art.1910 del Codice Civile.

ART. 5 - DENUNCIA DELL'INFORTUNIO E OBBLIGHI RELATIVI

I sinistri debbono essere denunciati per iscritto alla Società entro 30 giorni da quando l'Ufficio preposto alla gestione delle coperture assicurative e ne sia venuto a conoscenza.

La denuncia dell'infortunio indicherà luogo, giorno, ora e causa dell'evento e sarà corredata da certificato medico.

Il decorso delle lesioni dovrà essere documentato da ulteriori certificati medici.

L'Assicurato, o in caso di morte, il beneficiario, deve consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari.

ART.6 - OBBLIGHI DELLA SOCIETA' NELLA GESTIONE DEI SINISTRI

La Società annualmente si impegna a fornire al Contraente il dettaglio dei sinistri così suddiviso:

- sinistri denunciati;
- sinistri riservati (con indicazione dell'importo a riserva);
- sinistri liquidati (con indicazione dell'importo liquidato possibilmente al netto di franchigia);
- sinistri respinti (mettendo a disposizione le motivazioni scritte).

Tutti i sinistri dovranno essere corredati di data di apertura della pratica presso la Società, di data di accadimento del sinistro, data dell'eventuale chiusura della pratica per liquidazione od altro motivo.

Il monitoraggio deve essere fornito progressivamente, cioè in modo continuo ed aggiornato dalla data di accensione della copertura fino a quando non vi sia l'esaurimento di ogni pratica.

La documentazione di cui sopra dovrà essere fornita al Contraente mediante supporto informatico compatibile ed utilizzabile dal Contraente stesso.

Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al contraente di chiedere ed ottenere un aggiornamento con le modalità di cui sopra in date diverse da quelle indicate.

ART.7 - LIQUIDAZIONE DELL'INDENNITA'

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquiderà l'indennità che risulti dovuta, ne darà comunicazione agli interessati e alla Contraente, avuta notizia della loro accettazione, provvederà al pagamento entro 30 giorni dalla sottoscrizione del modulo di liquidazione dalla Società.

Il diritto all'indennità per Invalidità Permanente è di carattere personale, quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato morisse, dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Società pagherà ai beneficiari l'importo liquidato od offerto.

Inoltre, se dopo il pagamento di una indennità per Invalidità Permanente ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo l'Assicurato morisse, la Società corrisponderà ai beneficiari la differenza fra l'indennità pagata ed il capitale assicurato per il caso di Morte ove questa fosse superiore e non chiederà il rimborso nel caso contrario.

ART. 8 - RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno del pagamento o rifiuto dell'indennizzo, le Parti possono recedere dall'assicurazione con preavviso pari al periodo di tempo necessario al Contraente ad aggiudicare, secondo la normativa vigente, ad altra Compagnia d'assicurazione una assicurazione avente il medesimo oggetto della presente; tale periodo non può essere superiore a 90 giorni, termine dopo il quale la presente assicurazione cesserà di avere efficacia.

In caso di recesso da parte della Società dalla presente assicurazione, entro 15 giorni dalla data di efficacia dello stesso, la stessa rimborserà la parte di premio, al netto dell'imposta relativa al periodo di rischio non corso.

ART. 9 - ONERI FISCALI

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

ART. 10 - FORO COMPETENTE

Foro competente è il luogo dove ha sede il Contraente.

ART. 11 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

ART. 12 - CLAUSOLA BROKER

Il Contraente incarica Marsh S.p.A. della gestione ed esecuzione della presente polizza per tutta la durata, proroghe, rinnovi e/o sostituzioni, in qualità di Broker ai sensi dell'art.109 comma 2 lettera b) del D.Lgs. 209/2005.

Pertanto, agli effetti delle condizioni della presente polizza gli Assicuratori danno atto che ogni comunicazione fatta dal Contraente/Assicurato tramite il Broker si intenderà come fatta dal Contraente/Assicurato stesso.

Il compenso del Broker rimane a carico della/e Società aggiudicataria/e nella misura del 9 % del premio imponibile;

Tale remunerazione è parte dell'aliquota riconosciuta dalla Compagnia alla propria rete di vendita diretta e non potrà quindi, in ogni caso, rappresentare un costo aggiuntivo per l'Amministrazione aggiudicatrice.

ART. 13 - PROVA DEL CONTRATTO - FORMA DELLE COMUNICAZIONI

La polizza e le sue eventuali modifiche devono essere provate per iscritto.

Tutte le comunicazioni tra le Parti dovranno avvenire a mezzo lettera, raccomandata e non, raccomandata a mano, telex, telegramma, telefax o altro mezzo telematico ed avranno effetto dalla data di invio, quando questa sia rilevabile.

ART. 14 – INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO

In caso di dubbio, le clausole contenute nel presente capitolato nonchè le norme in esso richiamate e/o comunque applicabili saranno interpretati sempre in senso più favorevole al Contraente/Assicurato.

ART.15 - COASSICURAZIONE E DELEGA (clausola opzionale in caso di coassicurazione)

L'assicurazione è ripartita per quote tra le Società indicate nel riparto allegato. Resta confermato che in caso di sinistro ognuna delle Coassicuratrici concorrerà al pagamento dell'indennizzo in proporzione alla quota da essa assicurata, esclusa ogni responsabilità solidale.

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

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

Nel caso in cui il contratto di assicurazione sia aggiudicato ad associazione temporanea di imprese, si deroga totalmente al disposto di cui all'art. 1911 del codice civile, essendo tutte le imprese responsabili in solido.

La delega assicurativa è assunta dall'impresa di assicurazione indicata dal raggruppamento di imprese quale mandataria.

Non è consentita l'associazione anche in partecipazione od il raggruppamento temporaneo d'impresa concomitante o successivo all'aggiudicazione della gara.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

ART. 16 - **IMPORTO E OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE**

L'importo complessivo stimato per il **primo anno** posto a base di gara ammonta a Euro **53.000,00** al netto delle imposte.

L'importo per il **quinquennio** ammonta a Euro **265.000,00** al netto delle imposte.

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato (Presidente, Consigliere, Assessore della Regione Toscana) subisca nell'esercizio delle attività professionali ed extraprofessionali.

E' considerato infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte e/o un'invalidità permanente.

La garanzia si intende prestata sulla base dei seguenti capitali assicurati e riportati nella 'scheda' allegata:

Morte:	Euro ...300.000,00
Invalidità Permanente:	Euro ...400.000,00
Diaria da ricovero da infortunio	Euro100,00
Diaria da ricovero da malattia	Euro 100,00

Si precisa che sono considerati infortuni anche:

- asfissia causata da fuga di gas o di vapore;
- soffocamento da ingestione di solidi e/o liquidi;
- avvelenamenti o intossicazioni acuti da ingestione di cibo o altre sostanze;
- intossicazioni anche aventi origine traumatica;
- affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi, escluse per queste ultime quelle di cui gli insetti siano portatori necessari, le punture vegetali, nonché le infezioni tutte conseguenti ad eventi risarcibili a termini di polizza;
- ustioni in genere, nonché il contatto con corrosivi caustici;
- annegamento;
- assideramento o congelamento;
- folgorazione e scariche elettriche in genere;
- colpi di sole o di calore o di freddo;
- lesioni determinate da sforzi con esclusione di infarti ed ernie.

L'assicurazione vale anche per:

- gli infortuni sofferti in stato di malore o incoscienza o conseguenti a vertigini;
- gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- gli infortuni derivanti da influenze termiche ed atmosferiche;
- gli infortuni conseguenti a colpi di sonno.

ART. 17 - **EVENTI SOCIOPOLITICI**

L'assicurazione vale anche per gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismo, attentati, atti violenti che abbiano movente politico, economico, sociale e sindacale, purchè l'Assicurato provi di non aver preso parte attiva.

ART. 18 - CALAMITA' NATURALI

Sono compresi gli infortuni derivanti da calamità naturali e dalle forze della natura quali terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni, straripamenti, mareggiate, frane, grandine e neve.

ART. 19 - COLPA GRAVE

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

ART. 20 - ERNIE TRAUMATICHE E DA SFORZO - ERNIE ADDOMINALI

A parziale deroga di quanto disposto all'art.25 - *Esclusioni* - lett.1) , l'assicurazione è estesa, limitatamente ai casi di invalidità permanente alle ernie addominali da sforzo e traumatiche, con l'intesa che:

- qualora sia operabile, viene corrisposta solamente l'indennità giornaliera per il periodo di ricovero in istituto di cura nei termini di cui al successivo art. 32/a;
- qualora l'ernia, anche bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, viene corrisposta l'indennità come previsto al successivo art. 32/a per il periodo di ricovero in istituto di cura e un'indennità non maggiore del 10% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente totale;
- qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio medico.

ART. 21 - ATTI DI TERRORISMO

A parziale deroga di quanto previsto all' art. 25 la garanzia è estesa agli infortuni derivanti da atti di terrorismo compiuti tramite armi e/o ordigni di tipo convenzionale.

Non sono compresi in garanzia gli infortuni derivanti da atti terroristici posti in essere tramite l'uso di sostanze nucleari, biologiche, battereologiche o chimiche, qualunque sia il tipo di arma e/o ordigno e/o congegno utilizzato per portare a termine l'azione. Sono comunque esclusi dalla garanzia tutti gli infortuni derivanti da atti terroristici in cui l'Assicurato vi abbia partecipato in modo volontario.

E' definito atto di terrorismo, una qualsiasi azione violenta fatta col supporto dell'organizzazione di uno o più gruppi di persone (anche se realizzato da una persona singola) diretta ad influenzare qualsiasi governo e/o terrorizzare l'intera popolazione o una parte importante di esse, allo scopo di raggiungere un fine politico o religioso o ideologico o etnico.

ART. 22 - STATO DI GUERRA E DI INSURREZIONE

A parziale deroga di quanto previsto all'art. 25 la garanzia si intende estesa agli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) e di insurrezione 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.

Sono comunque esclusi dalla garanzia gli infortuni derivanti dalla predetta causa che colpissero l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italia, dello Stato della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.

La presente estensione di garanzia non opera in caso di infortuni aeronautici.

ART. 23 - MALATTIE TROPICALI

L'Assicurazione si intende estesa alle malattie tropicali previste dalle disposizioni di legge in materia. La garanzia viene prestata fino a concorrenza delle somme stabilite per le garanzie

infortuni e con un massimo di Euro 520.000,00=Invalidità Permanente. La somma assicurata per Invalidità Permanente è soggetta ad una franchigia assoluta del 20%. Pertanto non si farà luogo ad indennizzo per invalidità permante quanto questa sia di grado non superiore al 20% della totale.

Se invece l'invalidità permanente supera il 20% della totale verrà corrisposto l'indennizzo solo per la parte eccedente, sempre in rapporto al grado di invalidità permanente residuo.

La Contraente dichiara che gli assicurati si trovano in perfette condizioni di salute e che sono stati sottoposti alle prescritte pratiche di profilassi.

ART. 24 – LIMITE DI ETA'

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore agli 80 anni.

Tuttavia, per le persone che raggiungono tale età in corso di contratto, 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 al Contraente.

ART. 25 - ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti:

- a) dalla guida di veicoli e natanti a motore, se l'assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- b) dall'uso, anche come passeggero, di aeromobili (compresi deltaplani ed ultra leggeri);
- c) dalla pratica del paracadutismo, del parapendio e degli sport aerei in genere;
- d) da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- e) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- f) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- g) da guerre o insurrezioni;
- h) da movimenti tellurici, inondazioni o eruzioni vulcaniche;
- i) 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.);
- l) da infarti e da ernie di qualsiasi tipo;
- m) da atti di terrorismo ma solo come conseguenza dell'utilizzo di armi di distruzione di massa nucleari, chimiche o biologiche.

ART. 26 - 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. Di conseguenza l'assicurazione cessa al manifestarsi di tali affezioni

ART. 27 - ESTENSIONI TERRITORIALI

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

ART. 28- CRITERI DI INDENNIZZABILITA'

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

ART. 29 - MORTE

L' indennizzo per il caso di morte è dovuto se la morte stessa si verifica - anche se 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.

L' indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente, ma se entro 2 anni dal giorno dell' infortunio ed in conseguenza di questo, l' Assicurato muore, gli eredi dell' Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso, mentre i beneficiari hanno diritto soltanto alla differenza tra l' indennizzo per morte - se superiore - e quello già pagato per invalidità permanente.

ART. 30 - MORTE PRESUNTA

Nel caso di presentazione di istanza per la dichiarazione di Morte presunta ai sensi dell'art. 60 e 62 del C.C., la Società liquida agli aventi diritto la somma assicurata per il caso di morte, a condizione che:

- a) siano trascorsi 180 giorni dalla data in cui risale l'ultima notizia dell'Assicurato;
- b) possa ragionevolmente desumersi che la morte è avvenuta per un evento indennizzabile ai sensi di polizza.

Se successivamente l'Assicurato ritorna o ne è provata l'esistenza, la Società può agire anche nei suoi confronti per il recupero di quanto pagato e degli interessi, l'Assicurato potrà tuttavia far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita.

ART. 31 - INVALIDITA' PERMANENTE

L'indennizzo per il caso di invalidità permanente è dovuto se l'invalidità stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno dell'infortunio.

L'indennizzo per invalidità permanente parziale è calcolato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, in proporzione al grado d'invalidità accertata secondo i criteri e le percentuali indicate nella tabella di cui all'allegato 1 del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge.

Nei confronti delle persone affette da mancinismo, 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.

Se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita totale, le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella di cui sopra, l'indennizzo è stabilito in riferimento alle percentuali dei casi indicati, tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

La perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale d'invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna lesione, con il massimo del 100%.

ART. 32- INDENNITA' GIORNALIERA DI RICOVERO E DI INGESSATURA

Se in conseguenza ad infortunio:

a) L'Assicurato viene ricoverato in istituto di cura, la Società liquida una indennità per ogni giorno di ricovero nella misura di 1/1000 della somma assicurata per invalidità permanente, con il limite giornaliero di €. 100,00 per un periodo massimo di 300 giorni, anche non consecutivi, da quello dell'infortunio. Il giorno di dimissione non è indennizzabile.

In detta limitazione giornaliera rientrano anche le somme eventualmente assicurate per lo stesso titolo con altre polizze infortuni che l'assicurato ha in corso con la Società. Pertanto, in caso di denuncia di sinistro, la Contraente dovrà comunicare l'esistenza di altre polizze infortuni delle quali sia beneficiario l'Assicurato e, nell'eventualità che le somme complessivamente assicurate eccedessero l'importo sopraindicato, l'indennità sarà adeguata con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti.

La Società, a richiesta dell'Assicurato e su presentazione dei documenti giustificativi, corrisponde mensilmente anticipi sull'indennità dovuta, da imputarsi nella liquidazione definitiva.

In caso di Day Hospital, la Società liquida una speciale indennità pari al 50 % della indennità giornaliera prevista per il caso di ricovero in istituto di cura.

b) viene applicato apparecchio gessato o altro mezzo che comporti una immobilizzazione rigida, la Società liquida una indennità giornaliera nella misura di 1/1000 della somma assicurata per invalidità permanente con il limite giornaliero di €. 100,00 per un periodo massimo di 100 giorni fino alla rimozione del gesso o del mezzo immobilizzante.

Detta indennità non si cumula con quella prevista dalla precedente lettera a) per il tempo di ricovero in istituto di cura e viene corrisposta a partire dal sedicesimo giorno successivo a quello dell'applicazione dell'apparecchio gessato o dell'immobilizzazione rigida.

ART.33 - INDENNITA' GIORNALIERA PER RICOVERI IN ISTITUTO DI CURA A SEGUITO MALATTIA

La Società corrisponde all'Assicurato l'indennità di €. 100,00 a seguito di ricovero in Istituto di cura per

- malattia;
- parto, aborto, purchè praticato a termini di legge;
- trapianto di organi o di midollo osseo, sia quando l'assicurato è donatore vivente sia quando è rivevente.
- La garanzia è prestata per il periodo corrispondente ai giorni contabilizzati dall'istituto di cura, con il limite di 365 giorni per evento.
- Qualora il ricovero sia effettuato in regime di degenza diurna (Day-hospital) l'indennità giornaliera viene garantita nella misura ridotta del 50 % e per un massimo di 180 per ciascun anno assicurativo.

Termini di aspettativa

La garanzia decorre dalle ore 24:

- Del 30° giorno successivo a quello del pagamento del premio per le prestazioni relative alla malattia;
- Del 30° giorno successivo a quello del pagamento del premio per l'aborto (purchè praticato nei termini consentiti dalla legge) e per le malattie dipendenti dalla gravidanza purchè questa abbia avuto inizio dopo il perfezionamento della presente polizza;
- Del 270° giorno successivo a quello del pagamento del premio per il parto.

In caso di variazioni intervenute nel corso della durata della polizza i termini di aspettativa suddetti decorrono dalla data di variazione stessa per le maggiori prestazioni o le diverse persone assicurate.

Esclusioni

L'assicurazione non è operante per:

- a) Le malattie mentali e i disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- b) Gli eventi derivanti da atti dolosi dell'Assicurato;
- c) Le malattie conseguenti ad alcoolismo, all'uso non terapeutico di psicofarmaci, di stupefacenti o di allucinogeni;
- d) L'aborto non praticato nei termini di legge;
- e) La diagnostica e la terapia inerenti alla sterilità, impotenza sessuale e fecondazione non naturale;
- f) La liposuzione e le prestazioni aventi finalità estetica (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da malattia e/o infortunio);
- g) Le visite, terapie in genere e le diete, con finalità estetica, le terapie omeopatiche e fitoterapiche, la medicina alternativa in genere;
- h) Le cure dentarie e ortodontiche, le cure delle parodontopie e le forniture di protesi dentarie
- i) Le conseguenze dirette e indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione, fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc) salvo che non si tratti di conseguenze di terapie mediche indennizzabili ai sensi del presente contratto

Criteri di liquidazione

La corresponsione dell'indennità è condizionato al fatto che l'Assicurato:

- a) Consegni copia della cartella clinica completa e di ogni altro documento attinente al caso denunciato, sciogliendo i medici dal segreto professionale;
- b) Si sottoponga agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti dalla Società, in accordo con il Contraente.

ART.34 - RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO

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

Per cure mediche si intendono:

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

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

ART.35 – SPESE DI TRASPORTO A CARATTERE SANITARIO

La Società rimborsa, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza i costi eventualmente sostenuti per il trasporto dal luogo dell'infortunio ad un Istituto di cura attrezzato, il trasporto tra istituti di Cura e dall'Istituto di Cura al domicilio dell'Assicurato. Il rimborso avverrà nei limiti di €. 3.000,00 ad un massimo di due viaggi.

ART. 36 – RIENTRO SANITARIO

La garanzia è estesa al rimborso fino al limite di Euro 3.000,00 delle spese sostenute dall'Assicurato in caso di infortunio che rendano necessario il suo trasporto con qualsiasi mezzo ritenuto idoneo in ospedale attrezzato in Italia.

ART.37 – RIMPATRIO SALMA (VALIDO IN ITALIA E ALL'ESTERO)

La garanzia è estesa al rimborso delle spese sostenute per il rimpatrio della salma dell'Assicurato, in caso di decesso a seguito di infortunio o malattia fino al luogo di sepoltura e ciò fino alla concorrenza di Euro 3.000,00.

ART. 38 – DANNI ESTETICI

Si conviene che in caso di infortunio non escluso dalle Condizioni della presente polizza, che produca conseguenze di carattere estetico al viso, ma che non comporti indennizzo a titolo di invalidità permanente la Società rimborserà comunque le spese documentate sostenute dall'Assicurato per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico, nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica, il tutto entro il limite di Euro 5.000,00 per evento.

ART. 39 - RISCHIO VOLO

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei effettuati in qualità di passeggero su veicoli o elicotteri da chiunque eserciti, tranne che:

- da Società/Azienda di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;
- da aeroclubs;

La somma delle garanzie di cui alla presente polizza e d'eventuali altre polizze stipulate dall'Assicurato o da altri in suo favore per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni, non potrà superare i seguenti importi:

per persona

- € ...1.500.000,00...per il caso di Morte

- € ...1.500.000,00 per il caso di Invalidità Permanente

per aeromobile

- € ...7.500.000,00 per il caso di Morte

- € ...7.500.000,00 per il caso di Invalidità Permanente

Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedessero gli importi sopra indicati, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno adeguate con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti.

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

ART. 40 - DIABETE

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

In caso di infortunio la Società corrisponde l'indennizzo a sensi dell'Art. 28

ART. 41 - UBRIACHEZZA

A parziale rettifica di quanto disposto all'art. 25 lettera d) di polizza, l'assicurazione vale anche per gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza, esclusi comunque quelli conseguenti ad ubriachezza.

ART. 42 - MODALITA' DI VALUTAZIONE DEL DANNO - CONTROVERSIE

In caso di divergenza sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni e sulla loro entità, sul grado ed entità dell'invalidità permanente, le Parti si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato a decidere, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, a 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.

Il Collegio medico risiede presso la sede della Contraente.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da esso designato, contribuendo per metà alle spese e competenze del terzo medico.

Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale.

ART. 43 - ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI

Poiché la presente assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 C.C.

ART. 44 - ANTICIPO INDENNIZZO

Qualora a seguito di infortunio fosse quantificata un'Invalidità Permanente di grado superiore al 20% la Società metterà a disposizione, quale anticipo indennizzo, il 50% dell'importo presumibilmente indennizzabile, con il massimo di euro 51.000,00.

ART. 45 - LIQUIDAZIONE INVALIDITA' PERMANENTE

Per i casi di Invalidità Permanente conseguenti ad infortunio di grado non inferiore al 60% accertato con i criteri di indennizzabilità previsti nelle condizioni di polizza verrà corrisposto un indennizzo pari al 100% del capitale assicurato.

ART. 46 - ESONERO DALL'OBBLIGO DI DENUNCIA DI INFERMITA' MUTILAZIONI O DIFETTI FISICI

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

LA/LE SOCIETA'

SCHEDA

(N.B. Non compilare – la presente scheda verrà compilata al momento della sottoscrizione del contratto sulla base dell'offerta del concorrente affidatario)

PRESIDENTE, CONSIGLIERI, ASSESSORI

Somme Assicurate

Morte: Euro 300.000,00 x%° x n. 65..assicurati =
Invalidità permanente: Euro 400.000,00 x %° x n. 65..assicurati =

Diaria da ricovero infortunio Euro 100,00 x n. 65..assicurati =
Diaria da ricovero Malattia Euro 100,00...x n. 65..assicurati =

Premio per persona: Euro _____

N° Persone assicurate in via preventiva: 65 come da elenco (allegato A)

PREMIO ANNUO LORDO TOTALE EURO _____

DELEGATARIA
_____ %

COASSICURATORI:
_____ %
_____ %
_____ %
_____ %

LA/LE SOCIETA'

**PREMIO ANNUO LORDO PRESUNTO COMPRENSIVO DI OGNI ONERE ED IMPOSTA
DI €00 (...../00).**

ALLEGATO A

Elenco degli assicurati

(L'elenco verrà compilato al momento della sottoscrizione del contratto)