

LOTTO N. 5

**CAPITOLATO DELLA POLIZZA DI ASSICURAZIONE
INFORTUNI PROFESSIONALI ED EXTRAPROFESSIONALI**

CIG. 8615392E60

Tra: Centro Agroalimentare Roma S.c.p.A.
C.F. / Partita IVA 03853631004
con sede in: Via Tenuta del Cavaliere, 1
00012 Guidonia Montecelio (RM)
e la Spett. le Società Assicuratrici: _____

SI STIPULA LA PRESENTE

POLIZZA INFORTUNI PROFESSIONALI ED EXTRAPROFESSIONALI N. _____

Contraente: Centro Agroalimentare Roma S.c.p.A.
Assicurato: Come da condizioni di polizza
Sede Legale: Via Tenuta del Cavaliere, 1
00012 Guidonia Montecelio (RM)
C.F. / P.IVA: 03853631004
Broker: Willis Italia S.p.A.
Decorrenza della copertura: ore 24:00 del 30/04/2021
Scadenza della copertura: ore 24:00 del 30/04/2024
Scadenze annuali: ore 24:00 del 30/04
Frazionamento: Annuale
Tacito rinnovo: NO
Regolazione Premio: SI
Premio annuo lordo: € _____

INDICE

PREMESSA.....	4
SEZIONE I - DEFINIZIONI:.....	4
SEZIONE II - CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE	6
Art. 1 – Durata del contratto.....	6
Art. 2 – Gestione del contratto.....	6
Art. 3 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e buona fede.....	6
Art. 4 – Aggravamento del rischio	7
Art. 5 – Facoltà di recesso dal contratto	7
Art. 6 – Diminuzione del rischio.....	7
Art. 7 – Cessazione del rischio	7
Art. 8 – Dolo e colpa grave delle persone di cui l'Assicurato deve rispondere.....	8
Art. 9 – Pagamento del premio - Termini di rispetto.....	8
Art. 10 – Forma delle comunicazioni	8
Art. 11 - Assicurazione in base all'ammontare delle retribuzioni – Regolazione premio.....	8
Art. 12 - Assicurazione per conto altrui.....	9
Art. 13 – Riferimento alle norme di legge - Foro competente	9
Art. 14 – Interpretazione del contratto.....	10
Art. 15 – Facoltà di recesso in caso di sinistro.....	10
Art. 16 – Obbligo di fornire i dati dell'andamento del rischio	10
Art. 17 - Assicurazione presso diversi Assicuratori – Altre assicurazioni.....	10
Art. 18 – Partecipazione delle Società – Associazione Temporanea di Imprese o coassicurazione.....	10
Art. 19 – Trattamento dei dati.....	11
Art. 20 – Tracciabilità dei flussi finanziari	12
Art. 21 – Oneri fiscali	12
Art. 22 – Efficacia temporale della garanzia.....	12
Art. 23 – Estensione territoriale	12
Art. 24 – Persone non assicurabili.....	12
Art. 25 – Rinuncia della Società all'azione di rivalsa	12
Art. 26 – Misure restrittive (Sanctions Limitations Exclusion Clause).....	12
SEZIONE III - CONDIZIONI CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI.....	13
Art. 27 – Soggetti assicurati.....	13
Art. 28 – Oggetto dell'assicurazione.....	13
Art. 29 – Precisazioni.....	13
Art. 30 – Beneficiari	14
Art. 31 – Esclusioni.....	14
Art. 32 – Rischio volo.....	14
Art. 33 – Morte presunta	14
SEZIONE IV – CONDIZIONI AGGIUNTIVE	16
Art. 34 – Eventi bellici.....	16
Art. 35 – Invalidità permanente grave.....	16
Art. 36 – Ernie traumatiche o da sforzo.....	16
Art. 37 – Malattie professionali	16
Art. 38 – Rimborso spese mediche.....	16
Art. 39 – Rischio in itinere	17
Art. 40 – Denuncia del sinistro e obblighi relativi.....	17
Art. 41 – Criteri di liquidazione.....	17
Art. 42 – Invalidità permanente	17
Art. 43 – Franchigia per Invalidità permanente.....	18
Art. 44 – Pagamento dell'indennizzo	18
Art. 45 – Cumulo di indennità.....	18

Art. 46 – Esonero dall’obbligo di denuncia di mutilazioni o difetti preesistenti	18
Art. 47 – Controversie sulla valutazione del danno	18
SEZIONE V – SOMME ASSICURATE E CALCOLO DEL PREMIO.....	20
Art. 48 – Somme assicurate	20
Art. 49 – Limite catastrofale	20
Art. 50 – Conteggio del premio	20
CLAUSOLE VESSATORIE	21

PREMESSA

Rimane convenuto che si intendono operanti solo le presenti norme dattiloscritte. La firma apposta dal 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 all'Associazione temporanea di imprese (se esistente).

SEZIONE I - DEFINIZIONI:

Nel testo che segue, si intende per:

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.
Assicurato:	il soggetto, persona fisica, il cui interesse è protetto dalla assicurazione.
Assicurazione:	il contratto di assicurazione.
Attività del Contraente:	l'esercizio delle attività e competenze previste e/o consentite e/o delegate da leggi, regolamenti 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. Le attività di cui sopra possono essere svolte in regime di "lavoro agile" e/o "telelavoro", in attuazione alla disciplina legislativa e contrattuale attualmente vigente in materia.
Beneficiario:	il soggetto designato cui spetta l'indennizzo per il caso di morte dell'Assicurato.
Broker:	il Broker Willis Italia SpA.
Contraente:	il soggetto, persona giuridica, che stipula 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.
Indennizzo:	la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Liquidazione del danno:	la determinazione della somma rimborsabile a titolo di indennizzo.
Infortunio:	l'evento avvenuto per causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche o oggettivamente constatabili.
Invalità 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).
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.
Polizza:	il documento che prova e regola la assicurazione.
Rischio extra-	l'evento verificatosi durante o riconducibile a situazioni di tempo o di luogo

professionale:	che non possono essere ricondotte al rischio professionale.
Rischio professionale:	l'evento verificatosi durante o riconducibile allo svolgimento delle attività professionali e/o comunque riconducibile al rapporto con il Contraente.
Sinistro:	l'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.
Società:	L'impresa assicuratrice (o le imprese assicuratrici in caso di partecipazione alla gara in forma associata – R.T.I. / Consorzio / Coassicurazione) aggiudicataria della presente gara.

La Società

Il Contraente

SEZIONE II - CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1 – Durata del contratto

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del 30.04.2021, e scadenza alle ore 24.00 del 30.04.2024, con scadenze annuali intermedie al 30 aprile di ciascun anno, e con espressa esclusione del tacito rinnovo.

Il Contraente si riserva la facoltà, e la Società è tenuta a concedere, di rinnovare il contratto, agli stessi prezzi, patti e condizioni, per un periodo di 12 mesi (mesi).

Il Contraente esercita tale facoltà comunicandola alla Società mediante posta elettronica certificata almeno 30 giorni prima della scadenza del contratto originario.

La durata del contratto in corso di esecuzione potrà essere prorogata, agli stessi prezzi, patti e condizioni, per un periodo massimo di 180 (centottanta) giorni al fine di consentire l'individuazione della nuova Società Assicuratrice ai sensi dell'art. 106, comma 11 del D. Lgs 50/2016 e s.m.i.

Il Contraente esercita tale facoltà comunicandola alla Società mediante posta elettronica certificata almeno 30 giorni prima della scadenza del contratto originario o di quello oggetto di rinnovo.

Per il rinnovo e la proroga di cui sopra, alla Società spetterà per ogni giorno di copertura un importo di premio che non potrà essere superiore a 1/365 del premio annuale di polizza.

Qualora l'Assicurazione sia stipulata per una durata poliennale, cioè pari o superiore a due anni, è facoltà di ciascuna delle Parti rescindere il contratto in occasione di ogni scadenza annuale intermedia mediante comunicazione a mezzo PEC inviata dall'una all'altra parte almeno 120 (centoventi) giorni prima di tale scadenza, salvo offerta migliorativa; resta inteso che in caso di recesso notificato dalla Società al Contraente ai sensi del presente comma, il Contraente potrà richiedere la proroga dell'assicurazione ai sensi del comma precedente per un periodo massimo di ulteriori 6 (sei) mesi.

Art. 2 – Gestione del contratto

La gestione e assistenza nell'esecuzione del contratto è affidata al Broker di assicurazione indicato.

Anche ai sensi del D. Lgs. 209/05 Codice delle Assicurazioni e s.m.i., il Contraente e la Società si danno reciprocamente atto che ogni comunicazione, così come definita, riguardante il presente contratto avverrà per il tramite del Broker indicato

Pertanto, tutti i rapporti inerenti il contratto, compreso il pagamento dei premi, avverranno per il tramite del Broker e la Società riconosce che il pagamento dei premi effettuato dal Contraente a favore del Broker si intende come effettuato direttamente alla Società stessa ed è da considerarsi liberatorio per il Contraente.

La Società riconosce inoltre al Broker un periodo di differimento per la corresponsione effettiva dei premi di sua competenza entro il decimo giorno lavorativo del mese successivo a quello in cui scade il termine di pagamento del premio o della rata di premio per il Contraente.

Art. 3 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e buona fede

In deroga agli artt. 1892, 1893 e 1894 Cod. Civ. si conviene che la mancata o inesatta comunicazione da parte del Contraente o dell'Assicurato di circostanze che influiscono o avrebbero influito sulla valutazione del rischio da parte della Società, non comporta la decadenza del diritto all'indennizzo, né riduzione dello stesso, né cessazione dell'assicurazione, sempreché il Contraente abbia agito in buona fede e quindi esclusi i casi di dolo o colpa grave.

In tal caso la Società rinuncia ad esercitare le azioni di annullamento e di recesso dal contratto ed ha la facoltà di richiedere la differenza di premio corrispondente al maggior rischio non valutato per effetto di circostanze non note, a decorrere dal momento in cui la circostanza si è verificata. Il Contraente ha la facoltà di accettare o rifiutare la richiesta di sovrappremio proposta dandone comunicazione alla Società entro 30 giorni.

In caso di mancata accettazione ovvero nel caso in cui tale termine sia decorso infruttuosamente, la Società potrà recedere dal contratto nei termini previsti dall'articolo 5 – Facoltà di recesso dal contratto.

Art. 4 – Aggravamento del rischio

Il Contraente è tenuto a dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio (art. 1898 Cod. Civ.).

Le variazioni che devono essere comunicate concernono circostanze di fatto interne all'organizzazione del Contraente, il Contraente non è pertanto tenuto a comunicare variazioni del rischio conseguenti a disposizioni di leggi, di regolamenti e di atti amministrativi o a mutamenti negli orientamenti della giurisprudenza di merito e legittimità.

Si conviene tuttavia che, l'omissione o l'inesatta dichiarazione da parte del Contraente di circostanze eventualmente aggravanti il rischio, così come l'aggravamento del rischio conseguente a disposizioni di leggi, di regolamenti e di atti amministrativi, o a mutamenti negli orientamenti della giurisprudenza di merito e legittimità non pregiudicano il diritto dell'Assicurato a percepire all'intero indennizzo, sempreché tali omissioni o inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo.

In tal caso la Società rinuncia alla facoltà di recedere dal contratto e può richiedere la differenza di premio corrispondente al maggior rischio non valutato per effetto di circostanze non note, a decorrere dal momento in cui la circostanza si è verificata. Il Contraente ha la facoltà di accettare o rifiutare la richiesta di sovrappremio proposta dandone comunicazione alla Società entro 30 giorni.

In caso di mancata accettazione ovvero nel caso in cui tale termine sia decorso infruttuosamente, la Società potrà recedere dal contratto nei termini previsti dall'articolo 5 – Facoltà di recesso dal contratto.

Art. 5 – Facoltà di recesso dal contratto

La Società ha facoltà di recedere dal contratto nei casi previsti agli articoli 3 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e buona fede, ultimo capoverso e 4 - Aggravamento del rischio, ultimo capoverso con un preavviso non inferiore a 120 giorni.

Nei 30 giorni successivi al termine di tale periodo la Società rimborserà al Contraente il rateo di premio per il periodo non fruito, al netto delle imposte.

Qualora invece il contratto abbia una scadenza intermedia (di rata o anniversaria) ricadente nel periodo di copertura successivo al ricevimento dell'avviso di recesso, la Società emetterà una appendice, sostitutiva di quietanza, riportante l'importo di premio che il Contraente dovrà corrispondere (nei termini di cui all'art. 9 - Pagamento del premio – Termini di rispetto) per il periodo decorrente da tale data di scadenza intermedia fino alla data di cessazione dell'Assicurazione, calcolato in misura pari a 1/365 del premio annuale per ogni giorno di copertura.

Art. 6 – Diminuzione del rischio

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre proporzionalmente il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente (art. 1897 Cod. Civ.) e rinuncia al relativo diritto di recesso. Si conviene, altresì, che la diminuzione del premio conseguente a casi previsti da detto articolo, sarà immediata e la Società corrisponderà la relativa quota di premio pagata e non goduta, escluse le imposte, entro 60 giorni dalla comunicazione.

Art. 7 – Cessazione del rischio

Nel caso di cessazione del rischio durante il periodo assicurativo, il Contraente è tenuto a comunicare alla Società la cessazione medesima; se il rischio cessa nel corso dell'annualità assicurativa per causa diversa dal suo realizzarsi, parzialmente o totalmente, la Società rimborserà l'eventuale rateo di premio pagato e non goduto (al netto delle imposte) al Contraente dalla data della predetta comunicazione di cessazione; viceversa, qualora il premio non fosse stato ancora

pagato, il Contraente corrisponderà quanto eventualmente tenuto a pagare alla Società sino alla data di cessazione, ratei compresi.

Art. 8 – Dolo e colpa grave delle persone di cui l'Assicurato deve rispondere

Le prestazioni del contratto sono efficaci anche qualora il sinistro sia causato da comportamenti dolosi o gravemente colposi ai sensi dell'art. 1900 del Codice Civile, del Contraente o delle persone di cui il Contraente deve rispondere a norma di legge.

La Società rinuncia al diritto di surrogazione derivante dall'art. 1916 del Codice Civile, nei confronti di Amministratori e Dipendenti del Contraente, nonché di altri soggetti assicurati con la presente polizza, salvo il caso in cui il danno sia ascrivibile a dolo o colpa grave giudizialmente accertata dalla Corte dei Conti con sentenza passata in giudicato.

Art. 9 – Pagamento del premio - Termini di rispetto

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza.

Anche in deroga al disposto dell'art. 1901 Codice Civile, il Contraente pagherà alla Società, per il tramite del broker, i premi o e rate di premio alla stessa spettanti entro i 30 giorni successivi all'effetto dell'assicurazione, nonché suoi rinnovi, proroghe, salvo offerta migliorativa.

Nel caso di variazioni contrattuali, il termine di cui al paragrafo che precede decorre dalla data di ricevimento della variazione da parte del Contraente.

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, ferme restando le scadenze contrattuali convenute.

Qualora le eventuali verifiche effettuate dal Contraente presso l'Agenzia delle Entrate Riscossione, ai sensi del Decreto Ministeriale n. 40 del 18/01/2008 e della Circolare del Ministero dell'Economia e delle Finanze n. 22 del 29/07/2008, evidenziassero un inadempimento a carico della Società, la Società stessa da atto che l'Assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuate dal Contraente ai sensi di legge, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 (trenta) giorni di cui all'art. 3 del Decreto sopra citato.

Inoltre, il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agenzia delle Entrate Riscossione costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 c.c. nei confronti della Società stessa.

Art. 10 – Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni relative alla gestione o ad eventuali modifiche del presente Contratto, che dovranno essere necessariamente inviate a mezzo posta elettronica e/o PEC. avverranno per il tramite del Broker, che viene quindi riconosciuto dalle Parti quale mittente e/o destinatario in luogo e per conto delle stesse.

Tutte le comunicazioni in ordine alla validità e/o interpretazione del presente Contratto o relative a contestazioni, diffide, recesso e risoluzione del Contratto stesso dovranno essere effettuata direttamente tra le Parti a mezzo PEC.

Art. 11 - Assicurazione in base all'ammontare delle retribuzioni – Regolazione premio

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per l'identificazione di tali persone, per la determinazione delle rispettive somme assicurate e per il computo del relativo premio si farà riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione del Contraente.

Per retribuzione si intende tutto quanto, al lordo delle ritenute, l'Assicurato effettivamente riceve a compenso delle sue prestazioni: oltre lo stipendio, tutti gli elementi sostitutivi della retribuzione aventi carattere continuativo, ivi comprese le provvigioni, i premi di produzione ed ogni altro compenso ed indennità, anche se non di ammontare fisso, con esclusione di quanto corrisposto a titolo di rimborso spese emolumenti di carattere occasionale.

Fa parte della retribuzione anche l'equivalente del vitto e dell'alloggio eventualmente dovuti all'Assicurato nella misura convenzionalmente concordata nonché le partecipazioni agli utili e le

gratifiche non consuetudinarie e gli aumenti di gratifica pure non consuetudinari, corrisposti in funzione del favorevole andamento aziendale.

Per la liquidazione delle indennità è considerata retribuzione quella che l'assicurato ha percepito per i titoli di cui sopra, nei dodici mesi precedenti a quello in cui si è verificato l'evento, comprese le somme relative a retribuzioni non pagabili ricorrentemente in ciascun mese, purché su essa sia conteggiato o sia conteggiabile il premio di assicurazione.

In caso di rapporto di lavoro inferiore a dodici mesi, la retribuzione maturata dall'assicurato nel periodo di lavoro effettivamente prestato viene rapportato ad anno.

Entro 90 giorni dalla fine di ogni anno di assicurazione o del minor periodo di durata del contratto, il Contraente è tenuto a comunicare alla Società l'ammontare complessivo delle retribuzioni erogate al personale assicurato - in relazione ai massimi assicurati - affinché la Società stessa possa procedere alla regolazione del premio definitivo.

Le differenze attive o passive risultanti dalle regolazioni devono essere pagate entro 30 giorni dalla relativa comunicazione della Società.

La mancata comunicazione dei dati occorrenti per la regolazione costituisce presunzione di una differenza attiva a favore della Società.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti e il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società può fissare loro un ulteriore termine non inferiore a quindici giorni, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo all'annualità assicurativa per la quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva.

Conseguentemente l'assicurazione resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare con lettera raccomandata la risoluzione del contratto.

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione premio, la Società, fermo il diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per gli infortuni accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

La Società ha il diritto di effettuare in qualsiasi momento verifiche e controlli per i quali il Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie ed in particolare ad esibire i libri paga.

Qualora all'atto della regolazione annuale, il consuntivo degli elementi variabili di rischio superi il doppio di quanto preso come base per la determinazione del premio dovuto in via anticipata, quest'ultimo viene rettificato a partire dalla prima scadenza annuale successiva alla comunicazione, sulla base di una adeguata rivalutazione del preventivo degli elementi variabili.

Il nuovo importo di questi ultimi non può essere comunque inferiore al 75% di quello dell'ultimo consuntivo.

Art. 12 - Assicurazione per conto altrui

Qualora la presente Assicurazione sia stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla Polizza devono essere assolti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere assolti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 del Codice Civile.

Art. 13 – Riferimento alle norme di legge - Foro competente

Per quanto non previsto dalle presenti condizioni contrattuali valgono unicamente le norme stabilite dalla legge italiana, alla quale si fa rinvio per tutto quanto non è qui diversamente regolato.

Per le controversie riguardanti l'applicazione e l'esecuzione della presente polizza è competente l'organismo di conciliazione individuato secondo quanto previsto dal decreto legislativo 4 marzo 2010, n. 28. Per le controversie riguardanti l'applicazione del contratto, è competente in via esclusiva il Foro del luogo di residenza o sede del Contraente.

Art. 14 – Interpretazione del contratto

Si conviene fra le Parti che, in caso di dubbia interpretazione delle norme contrattuali, verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole all'Assicurato e/o al Contraente su quanto contemplato dalle condizioni tutte di polizza.

Art. 15 – Facoltà di recesso in caso di sinistro

Dopo ogni denuncia di sinistro e sino al 60° giorno successivo al pagamento o rifiuto dell'indennizzo, ciascuna delle Parti può recedere dal contratto previa comunicazione all'altra con lettera raccomandata A.R. o PEC. Il recesso ha effetto alla scadenza dell'annualità indicata nel presente contratto; ovvero, se comunicato meno di 180 giorni prima di detta scadenza, alla scadenza annua successiva.

La Società, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio netto relativa al periodo di rischio non corso.

In caso di recesso da parte della Società, la comunicazione deve contenere specifica indicazione del sinistro con relativa motivazione in base al quale la Società ha scelto di avvalersi della presente facoltà.

Nella comunicazione di recesso, la Società congiuntamente alla volontà espressa di recedere dal contratto dovrà fornire al Contraente tutti i dati di cui all'art. 16 - Obbligo di fornire i dati dell'andamento del rischio - necessari per la redazione del bando di gara per l'affidamento del nuovo contratto assicurativo. Si precisa che in assenza dei dati richiamati la comunicazione della facoltà di recesso deve intendersi come non perfezionata.

Art. 16 – Obbligo di fornire i dati dell'andamento del rischio

La Società fornirà semestralmente, entro il 15° giorno del mese successivo al semestre di riferimento, al Contraente per il tramite del Broker, un elenco riepilogativo, digitale editabile (Excel® o equipollente), dei sinistri denunciati dall'inizio del Contratto di assicurazione, riportante:

- n° di riferimento o repertorio attribuito dalla Compagnia;
- data di accadimento;
- natura dell'evento;
- indicazione della garanzia interessata dal sinistro;
- nominativo del danneggiato e/o controparte interessata (se del caso);
- stato del sinistro (ovvero l'indicazione di liquidato, riservato o senza seguito);
- importo stimato per la sua definizione, o
- importo liquidato;
- nonché, qualora il sinistro sia stato respinto, i motivi della sua reiezione;
- una breve descrizione del sinistro.

La Società dovrà fornire lo stesso riepilogo nel caso di ogni altra richiesta da parte del Contraente ed entro 15 (quindici) giorni dalla richiesta medesima.

Rimane fermo l'obbligo della Società di fornire tali dati, nei termini di cui sopra, anche dopo la scadenza del presente Contratto e fino al termine della chiusura dei sinistri denunciati.

Art. 17 - Assicurazione presso diversi Assicuratori – Altre assicurazioni

La presente assicurazione è stipulata in aggiunta ed indipendentemente da qualsiasi altra copertura assicurativa in corso per l'assicurato. Il Contraente è esonerato dall'obbligo di comunicare se i singoli Assicurati abbiano in corso altre polizze per lo stesso rischio.

Art. 18 – Partecipazione delle Società – Associazione Temporanea di Imprese o coassicurazione

(operante se del caso)

Il servizio assicurativo di cui alla presente polizza è effettuato dalle Società assicuratrici

componenti l'Associazione Temporanea di Imprese:

- ⇒ Compagnia _____ Società mandataria _____ Quota xx%
- ⇒ Compagnia _____ Società mandante _____ Quota xx%
- ⇒ Compagnia _____ Società mandante _____ Quota xx%

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 a corrisponderlo a ciascuna Società secondo le rispettive quote percentuali di partecipazione all'Associazione Temporanea di Imprese.

- ⇒ Società: Quota xx%
- ⇒ Società: Quota xx%
- ⇒ Società: Quota xx%

In caso di coassicurazione

L'assicurazione è ripartita tra le Società assicuratrici elencate nel "Riparto" che segue, in base alle rispettive quote percentuali indicate:

- ⇒ Compagnia _____ Quota _____ % - Delegataria
- ⇒ Compagnia _____ Quota _____ % - Coassicuratrice
- ⇒ Compagnia _____ Quota _____ % - Coassicuratrice

L'Impresa Delegataria provvederà, comunque ed in ogni caso, in deroga a quanto disposto dall'art.1911 c.c. e con responsabilità solidale di tutte le imprese partecipanti all'accordo di coassicurazione, ad emettere atto di liquidazione per l'intero importo dei sinistri nei confronti dell'Assicurato danneggiato o comunque dell'avente diritto senza che possano essere ad esso opposte eccezioni e/o riserve da parte delle altre Imprese Coassicuratrici.

Il Contraente ha affidato la gestione del presente contratto alla società di brokeraggio assicurativo Willis Italia Spa e le imprese assicuratrici hanno convenuto di affidarne la delega alla Società designata in frontespizio della presente polizza; di conseguenza, tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti per conto del Contraente e degli Assicurati dalla società Willis Italia S.p.A. la quale tratterà con l'impresa Delegataria informandone le Coassicuratrici. 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. 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.

Art. 19 – Trattamento dei dati

Ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE 2016/679, ciascuna delle Parti consente il trattamento dei dati personali rilevabili dalla polizza o che ne derivino, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali.

Art. 20 – Tracciabilità dei flussi finanziari

La Società, il Broker 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 al Contraente 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 dal Contraente.

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.

Art. 21 – Oneri fiscali

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

Art. 22 – Efficacia temporale della garanzia

Le garanzie prestate avranno efficacia per i fatti accaduti durante il periodo di vigenza del presente contratto.

Art. 23 – Estensione territoriale

La presente assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 24 – Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone di età superiore agli 80 anni.

Per quelle che raggiungono tale limite di età, l'assicurazione cessa alla prima scadenza annuale del premio senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso dei premi scaduti successivamente, premi che in tal caso verranno restituiti.

Art. 25 – Rinuncia della Società all'azione di rivalsa

In caso d'infortunio e/o di rimborso delle spese mediche conseguenti a infortunio, la Società rinuncia a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi causa al diritto di rivalsa previsto dall'art. 1916 del Codice Civile.

Art. 26 – Misure restrittive (Sanctions Limitations Exclusion Clause)

La Società non è tenuta a fornire la copertura, o a prestare beneficio conseguente o a pagare alcuna pretesa, nella misura in cui la fornitura di tale copertura, la prestazione di tali benefici o il pagamento di tale pretesa possa esporre l'assicuratore stesso a qualsivoglia sanzione, divieto o restrizione ai sensi delle risoluzioni delle Nazioni Unite ovvero sanzioni economiche o commerciali, legislative o regolamentari dell'Unione Europea, dell'Area Economica Europea e/o di qualunque altra legge nazionale applicabile in materia di sanzioni economiche o commerciali e/o embargo internazionale.

La Società

Il Contraente

SEZIONE III - CONDIZIONI CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Art. 27 – Soggetti assicurati

Sono assicurati i soggetti rientranti nelle categorie, tra quelli di seguito elencati:

- Direttore Generale;
- Dirigenti.

Art. 28 – Oggetto dell'assicurazione

L'Assicurazione vale per gli infortuni professionali ed extraprofessionali che colpiscano l'assicurato e che abbiano per conseguenza diretta ed esclusiva:

- la morte, purché conseguente ad infortunio risarcibile a termini di polizza;
- una invalidità permanente, calcolata in base a quanto previsto dalla Tabella INAIL di cui al D.P.R. n. 1124 del 30.06.1965, salvo quanto previsto dal successivo art. 35 – Invalidità permanente grave.

Si intendono, inoltre, considerati infortunio anche:

- l'asfissia causata da fuga di gas o vapore o esalazioni velenose;
- gli avvelenamenti od intossicazioni conseguenti ad ingestione od assorbimento di sostanze nocive in genere;
- le lesioni derivanti da contatti improvvisi con corrosivi;
- le infezioni e gli avvelenamenti causati da morsi di animali o punture in genere;
- l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento;
- la folgorazione;
- i colpi di sole, di calore o di freddo;
- le ernie traumatiche;
- le lesioni (esclusi gli infarti) determinate da sforzi.

La Società prende atto che il Contraente attiverà o potrebbe attivare un programma di "lavoro agile" ai sensi della legge 81/2017 e/o di "telelavoro", in base al quale concede ai propri dipendenti la facoltà di poter lavorare fuori dalla propria sede di lavoro.

Premesso che per tale attività il Contraente si obbliga a tenere un elenco aggiornato dei nominativi e delle giornate rientranti nel programma di "lavoro agile" e/o di "telelavoro", la copertura del rischio professionale opera anche in occasione di tali giornate per gli infortuni occorsi nell'ambito del proprio domicilio o di altri ambienti durante lo svolgimento delle attività professionali.

Si precisa che durante tali giornate sarà considerata "professionale" solo l'attività necessaria per l'espletamento degli incarichi aziendali, pertanto il dipendente non dovrà effettuare attività che possano compromettere il corretto svolgimento dell'attività stessa.

Art. 29 – Precisazioni

La presente copertura comprende a titolo esemplificativo e non limitativo, fermo quanto previsto dal successivo art. 31 – Esclusioni, gli infortuni derivanti all'assicurato:

- dalla pratica non professionale di qualsiasi sport, ad eccezione di sport aerei in genere e paracadutismo;
- durante il servizio militare di leva;
- per scariche elettriche;

- durante l'uso e la guida di autoveicoli di qualsiasi tipo, natanti, motoveicoli di qualsiasi cilindrata sempreché l'assicurato sia in possesso della prescritta abilitazione;
- dalla pratica di alpinismo con scalata di rocce e accesso ai ghiacciai di grado non superiore al 3°, estesa ai gradi superiori purché accompagnati da guida patentata;
- per imprudenze, negligenze o colpa grave, stato di malore, incoscienza e vertigini;
- in occasione di rapine, attentati, sequestri, tumulti popolari, atti di terrorismo e vandalismo, aggressioni in genere, a condizione che l'assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- azioni di dirottamento o pirateria aerea;
- in occasione di legittima difesa, da atti compiuti per dovere di solidarietà umana;
- malattie parassitarie, batteriche, mitotiche, virali di natura tropicale e qualunque altra malattia riconosciuta dalla medicina internazionale come tropicale e sempreché le persone assicurate si siano sottoposte alle pratiche di profilassi richieste per il paese ove si trovano;
- in conseguenza di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, alluvioni, inondazioni, frane, valanghe e slavine.

Art. 30 – Beneficiari

In caso di decesso dell'assicurato beneficiari dell'assicurazione, sono le persone di cui all'art. 2122 C.C., salvo diversa designazione da parte dell'assicurato, sempre suscettibile di revoca. In caso di invalidità permanente i beneficiari sono gli assicurati stessi.

Art. 31 – Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti:

- a) da eventi direttamente connessi allo stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni, salvo quanto previsto al successivo art. 34 – Eventi bellici;
- b) dalla guida o l'uso di mezzi di locazione aerea, salvo quanto previsto al successivo art. 32 – Rischio Volo, di mezzi subacquei;
- c) da atti dolosi o da azioni delittuose dell'assicurato;
- d) derivanti dall'abuso di psicofarmaci o dall'uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni;
- e) dalla guida in stato di ubriachezza dei veicoli e natanti in genere;
- f) direttamente o indirettamente da trasmutazione del nucleo dell'atomo, nonché da radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- g) da contaminazioni nucleari, biologiche o chimiche a seguito di atti di terrorismo di qualsiasi genere.

Art. 32 – Rischio volo

L'assicurazione comprende gli infortuni che l'assicurato subisca durante i voli effettuati in qualità di passeggero su aeromobili (compresi elicotteri) di qualsiasi tipo e da chiunque eserciti purché abilitati al volo da regolare certificato di navigabilità. La garanzia comprende l'uso di aeromobili per attività speciali quali ispezioni aeree o servizi analoghi.

Il rischio volo non potrà superare i capitali, complessivamente per aeromobile, di:

- € 10.000.000,00 = per il caso di Invalidità Permanente totale;
- € 10.000.000,00 = per il caso di Morte;

Superato il predetto limite, le indennità spettanti verranno proporzionalmente ridotte.

Art. 33 – Morte presunta

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza il corpo dell'assicurato scompaia o non venga ritrovato e si presume sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà il capitale previsto per il caso di morte. La liquidazione, sempre che non siano nel frattempo emersi elementi tali dal rendere il danno non indennizzabile, non avverrà prima che siano trascorsi 180 giorni dalla presentazione ed accoglimento dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta proposta a termini degli artt. 60 e 62 del Codice Civile.

Nel caso in cui, successivamente al pagamento, risulti che la morte non si è verificata o che comunque, non è dipesa da infortunio indennizzabile, la Società avrà diritto al rimborso dell'intera somma liquidata.

A restituzione avvenuta da parte dell'assicurato dell'intera somma liquidata, l'assicurato stesso potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita.

La Società

Il Contraente

SEZIONE IV – CONDIZIONI AGGIUNTIVE

Art. 34 – Eventi bellici

A parziale modifica dell'art. 31 – Esclusioni lettera a), la garanzia si intende estesa agli infortuni derivanti da stato di guerra dichiarata e 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.

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

Art. 35 – Invalidità permanente grave

L'indennità per Invalidità permanente sarà liquidata al 100% quando in conseguenza di infortunio, anche non avvenuto in occasione di lavoro o di malattia professionale, dell'Assicurato sarà ridotta tanto da non consentire il rapporto di lavoro. Resta fermo quanto disposto dalle condizioni di polizza in ordine ai criteri di indennizzabilità.

Art. 36 – Ernie traumatiche o da sforzo

La garanzia è estesa alle ernie traumatiche o da sforzo con l'intesa che:

- per le ernie operabili verrà riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 3% della somma garantita nel caso di invalidità permanente totale, salvo offerta migliorativa;
- per le ernie non operabili l'indennizzo viene computato in base alla tabella INAIL (D.P.R. n. 1124 del 30.06.1965) con rinuncia dell'applicazione della relativa franchigia, fermo restando in ogni caso che non verranno riconosciute indennità superiori al 10% della somma garantita nel caso di invalidità permanente totale, salvo offerta migliorativa.

Art. 37 – Malattie professionali

Sono comprese in garanzia le malattie professionali che si manifestassero nel corso della validità della polizza, intendendosi come tali quelle riconosciute dall'INAIL e per le quali sia comunque provata la causa di lavoro.

In caso di invalidità permanente causata da malattia professionale la valutazione delle percentuali di invalidità permanente viene effettuata in base alla tabella annessa al D.P.R. del 30 giugno 1965 n. 1124 (per l'industria) di cui sopra e con rinuncia da parte della Società all'applicazione delle franchigie relative previste dalla legge, con l'intesa che le percentuali indicate nella tabella anzidetta vengono in ogni caso riferite ai capitali assicurati indicati in polizza per il caso di invalidità permanente assoluta e che la liquidazione viene fatta dalla Società in contanti anziché sotto forma di rendita.

Art. 38 – Rimborso spese mediche

Le spese mediche, sostenute a seguito di infortunio indennizzabile, vengono rimborsate fino ad un massimo di € 5.500,00 per persona, per evento e per anno assicurativo.

Il rimborso riguarda:

- a) le spese per gli accertamenti diagnostici;
- b) le spese per gli onorari medici nonché, in caso di intervento chirurgico, dei chirurghi, degli aiuti, degli assistenti, degli anestesisti e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, per i diritti di sala operatoria e per il materiale d'intervento;
- c) le spese di cura, medicinali, trattamenti fisioterapici, rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese alberghiere);
- d) le spese per le rette di degenza con il limite di € 350,00 al giorno;

e) le spese per il trasporto dell'assicurato in ambulanza all'istituto di cura o all'ambulatorio e viceversa, con il limite di € 2.500,00.

Il rimborso di tali spese viene accordato ad integrazione di eventuali rimborsi effettuati da altri enti assistenziali.

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi verranno effettuati in Italia, in euro, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio italiano dei Cambi.

Art. 39 – Rischio in itinere

Si precisa che la presente assicurazione è valida anche per gli infortuni subiti dall'Assicurato durante il normale tragitto percorso dalla propria abitazione al luogo di lavoro e viceversa, con qualunque mezzo di locomozione.

Art. 40 – Denuncia del sinistro e obblighi relativi

La denuncia dell'infortunio con l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che lo hanno determinato, corredata da certificato medico, deve essere fatta per iscritto alla Società entro 60 giorni lavorativi dall'infortunio o dal momento in cui l'assicurato od i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità.

L'avvenuta guarigione clinica deve essere certificata dal medico curante.

L'assicurato si obbliga a:

- essere disponibile alla visita dei medici della Società ed eventuali altri accertamenti;
- fornire ogni informazione ed esibire la cartella clinica.

Nei casi in cui dopo la denuncia di sinistro, l'assicurato non faccia pervenire documentazione o richiesta di indennizzo entro due anni dalla data di sinistro stesso, la Società rinuncia ad avvalersi dei termini di prescrizione previsti dall'art. 2952 del codice civile, per non più di un ulteriore anno.

Art. 41 – Criteri di liquidazione

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio, che siano indipendenti da condizioni fisiche e patologiche preesistenti.

Art. 42 – Invalidità permanente

Il grado di invalidità permanente viene stabilito al momento in cui le condizioni dell'assicurato sono permanentemente immutabili, al più tardi entro due anni dalla data dell'infortunio o della malattia professionale.

Nei casi di preesistenti mutilazioni o difetti fisici, la valutazione del grado di invalidità permanente, viene effettuata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'evento denunciato, come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra.

La valutazione della percentuale d'invalidità permanente sarà effettuata facendo riferimento alla tabella allegata al D.P.R. del 30 giugno 1965, n. 1124, con l'intesa che le percentuali indicate nella tabella anzidetta vengano riferite ai capitali assicurati in polizza per il caso di invalidità permanente e con rinuncia della Società all'applicazione della franchigia prevista dalla legge.

La perdita assoluta e irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali stabilite dalla tabella vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.

Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti in uno stesso infortunio, l'indennità viene stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al limite massimo del 100%.

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

professione.

In casi di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui trattasi sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

La Società prende atto che se l'assicurato è mancino, il grado d'invalidità per il lato destro è applicato al sinistro e viceversa.

Nel caso in cui l'assicurato subisca un infortunio ad un arto superiore o ad una mano od avambraccio e risultasse che questi erano gli unici perfettamente integri o tali che venissero usati come "destri", si dovrà tenere conto di ciò anche nella valutazione del grado di invalidità permanente.

Art. 43 – Franchigia per Invalidità permanente

Si precisa che non è prevista alcuna franchigia in caso di invalidità permanente.

Art. 44 – Pagamento dell'indennizzo

Una volta definito il sinistro, la Società liquida l'indennizzo dovuto entro 30 giorni dalla firma della quietanza, salvo offerta migliorativa. Se l'assicurato muore, per causa indipendente dall'infortunio, dopo che sia stato accertato il grado di invalidità permanente e prima di aver percepito l'indennizzo dovuto, lo stesso verrà liquidato ai beneficiari.

Art. 45 – Cumulo di indennità

In conseguenza di uno stesso infortunio, l'indennità per il caso di morte non è cumulabile con quella per invalidità permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento di un'indennità per invalidità permanente, entro due anni dal giorno dell'infortunio, ed in conseguenza di questo, l'assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari la differenza tra indennità pagata e quella prevista per il caso di morte, ove questa sia superiore e non chiede il rimborso nel caso contrario.

Art. 46 – Esonero dall'obbligo di denuncia di mutilazioni o difetti preesistenti

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le infermità, i difetti fisici e le mutilazioni di cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire. Resta comunque confermato quanto disposto dall'art. 41 – Criteri di liquidazione.

Art. 47 – Controversie sulla valutazione del danno

In caso di controversie fra la Società e l'Assicurato sul diritto o sulla misura dell'indennizzo, le Parti possono, in alternativa al ricorso all'Autorità giudiziaria, conferire mandato di decidere, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un contraddittorio tra il medico dell'avente diritto ed il medico fiduciario della Società.

In caso di mancato accordo tra i due medici, la Società e l'Assicurato, che manlevano il Contraente da ogni relativo onere, si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere se ed in quale misura siano dovute le indennità a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un collegio di tre medici, nominati uno dalla Società e uno dall'Assicurato ed il terzo dai predetti di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio medico. Il collegio medico risiede presso la provincia in cui l'Assicurato ha la propria sede di lavoro.

Sia la Società che l'Assicurato sostengono le proprie spese e remunerano il medico da essa designato, contribuendo per metà delle 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 obbligatorie per la Società e l'Assicurato anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il verbale.

Ove l'Assicurato avviasse richiesta di arbitrato ai sensi del presente articolo e chiamasse in causa, anziché la Società, direttamente il Contraente, la Società provvederà ad individuare, sostenendone

l'onere, il medico designato a fungere da arbitro per conto del Contraente ed a gestire tutte le attività necessarie per conto dello stesso.

Il Contraente si impegna ad accettare sia l'arbitro designato dalla Società che l'assistenza prestata da quest'ultima.

I risultati dell'arbitrato saranno vincolanti per la Società.

Se l'Assicurato conviene il Contraente davanti all'Autorità Giudiziaria per controversie riguardanti il diritto o la misura dell'indennizzo, la Società interverrà in giudizio impegnandosi a sollevare il Contraente dagli oneri conseguenti ad un eventuale esito negativo della controversia, salvo che tale esito dipenda da norme degli Statuti del Contraente che non riflettessero corrispondenti obblighi della Società nei confronti del Contraente ai sensi della presente polizza di assicurazione.

La Società

Il Contraente

SEZIONE V – SOMME ASSICURATE E CALCOLO DEL PREMIO

Art. 48 – Somme assicurate

L'assicurazione è prestata per gli **infortuni professionali ed extraprofessionali** per le seguenti categorie e con i seguenti limiti:

A) Direttore Generale (OVVERO DIRIGENTE)

Morte:	5 volte la retribuzione annua lorda con il massimo di € 1.150.000,00
Invalità Permanente:	6 volte la retribuzione annua lorda con il massimo di € 1.380.000,00
Rimborso spese mediche:	€ 5.500,00

B) DIRIGENTI

Morte:	5 volte la retribuzione annua lorda con il massimo di € 750.000,00
Invalità Permanente:	6 volte la retribuzione annua lorda con il massimo di € 900.000,00
Rimborso spese mediche:	€ 5.500,00

Art. 49 – Limite catastrofale

Nel caso di infortunio che colpisca contemporaneamente più persone assicurate con la presente polizza, in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà essere superiore all'importo di € 5.000.000,00 (cinquemilioni), salvo offerta migliorativa.

Art. 50 – Conteggio del premio

Il premio annuo finito (comprensivo delle imposte) è calcolato prendendo in considerazione i seguenti parametri:

Categorie	R.A.L. Preventive (*)	Infortuni Professionali		Infortuni Extra-Professionali		Totale Premio annuo lordo
		Tasso annuo lordo ‰	Premio annuo lordo	Tasso annuo lordo ‰	Premio annuo lordo	
A) – B)	€ 400.000,00					

EVENTUALI VARIAZIONI VERRANNO COMUNICATE PRIMA DELLA DECORRENZA DELLA POLIZZA

(*) Il premio anticipato di polizza sarà conteggiato considerando il 75% delle retribuzioni sopra esposte

Si precisa che sarà emessa un'unica polizza per gli infortuni professionali ed extra professionali e che:

- il tasso annuo lordo dovrà intendersi così suddiviso:
70% professionali
30% extra professionali

La Società

Il Contraente

CLAUSOLE VESSATORIE

(L'indicazione delle clausole che necessitano della specifica approvazione per iscritto ex artt. 1341 e 1342 del c.c. è a carico della Società offerente, che dovrà provvedervi entro e non oltre la data di effetto della polizza).

La Società

Il Contraente
