

LOTTO N.3 POLIZZA INFORTUNI DIPENDENTI



CAPITOLATO SPECIALE per
l'ASSICURAZIONE degli Infortuni dei
Dipendenti dell'AMG Energia S.p.A.

1

Definizioni – Norme che regolano l'Assicurazione in Generale – Norme Operanti in caso di Sinistro – Oggetto dell'Assicurazione – Garanzie Prestate – Norme che regolano l'assicurazione Infortuni – Esclusioni

DEFINIZIONI

- **Assicurato:** la persona per la quale e' prestata l'assicurazione.
- **Assicurazione:** Il Contratto di assicurazione.
- **Beneficiario:** La persona fisica o giuridica alla quale la Società deve liquidare l'indennizzo in caso di infortunio mortale dell'assicurato.
- **Contraente:** L'Amg Energia S.p.A., soggetto che stipula l'assicurazione e su cui gravano gli obblighi da essa derivanti
- **Franchigia:** la parte del danno indennizzabile rimborsabile a termini di polizza che rimane a carico dell'assicurato.
- **Indennizzo:** La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
- **Infornio:** Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni constatabili.
- **Invalità Permanente:** La perdita totale o parziale definitiva della capacità generica lavorativa dell'Assicurato, indipendentemente dalla professione esercitata.
- **Istituto di cura:** Ogni ospedale, clinica o casa di cura (convenzionata o privata) in Italia o all'estero, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti autorità, al ricovero ed eventualmente all'assistenza sanitaria in regime di degenza diurna. Sono comunque esclusi gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e di soggiorno.
- **Polizza:** Il documento che prova l'assicurazione
- **Ricovero:** La degenza in Istituto di cura comportante almeno un pernottamento.
- **Rischio:** La probabilità del verificarsi del sinistro
- **Premio:** La somma dovuta dal Contraente alla Società.
- **Sinistro:** Il verificarsi del fatto dannoso per il quale e' prestata la garanzia assicurativa
- **Società:** L'impresa assicuratrice.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art.1) Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – Variazioni del rischio – Aggravamento , Buona Fede.

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo e la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli artt. 1892,1893 e 1894 del C.C.

Tuttavia, viene espressamente convenuto che l'omissione da parte della Contraente o dell'Assicurato di una circostanza eventualmente aggravante il rischio, così come incomplete o inesatte dichiarazioni dell'Assicurato all'atto della stipulazione dell'assicurazione, o durante il corso della stessa, non pregiudicano il diritto al risarcimento dei danni, sempre che tali omissioni o inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo, fermo restando il diritto della Società', una volta venuta a conoscenza di circostanze aggravanti che comportino un maggior premio, di richiedere l'eventuale modifica delle condizioni in corso.

La Contraente, o l'Assicurato, deve dare comunicazione scritta alla Società' di ogni aggravamento del rischio.

Tuttavia gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società' non comporteranno la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché' la stessa cessazione dell'assicurazione secondo quanto dispostonegli artt. 1892, 1893 e 1894 del C.C., sempre che la Contraente, o l'Assicurato non abbia agito con dolo.

3

Art.2) Diminuzione del Rischio

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

Art.3) Esonero denuncia altre assicurazioni.

La Contraente e' esonerata dall'obbligo di denunciare le altre eventuali assicurazioni che i singoli assicurati avessero in corso o stipulassero in proprio per il medesimo rischio.

Art.4) Durata dell'assicurazione, disdetta, cessazione, proroga e rinnovo

La presente polizza ha durata dalle ore 24,00 del 31.01.2011 alle ore 24 del 31.01.2014. Alla scadenza del 31.01.2014 la polizza si intenderà cessata senza obbligo di preventiva disdetta.

E' facoltà dell'azienda Contraente, richiedere alla Società' la proroga della presente assicurazione, fino al completo espletamento delle procedure di aggiudicazione della nuova assicurazione.

La Società' si impegna a prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni, contrattuali ed economiche in vigore, per un periodo massimo di 180 giorni ed il relativo rateo di premio verrà corrisposto entro 60 giorni dall'inizio della proroga.

In tal caso la regolazione del premio avverrà, con le modalità di seguito previste, successivamente al termine del periodo di proroga.

Art.5) Decorrenza dell'assicurazione, pagamento dei premi

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24,00 del 31/01/2011. A parziale deroga dell'art. 1901 del Codice Civile, il Contraente e' tenuto al pagamento della prima rata di premio entro 60 giorni dalla data di decorrenza della polizza. In mancanza di pagamento, la garanzia rimane sospesa dalla fine di tale periodo e riprende vigore dalle ore 24,00 del giorno in cui viene pagato il premio di perfezionamento.

Se il contraente non paga il premio per le rate successive, compresa l'eventuale proroga di cui all'art. 4 (Durata dell'assicurazione), la garanzia resta sospesa dalle ore 24,00 del 60° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore alle ore 24,00 del giorno in cui viene pagato quanto dovuto, ferme restando le scadenze contrattualmente stabilite.

Art.6) Calcolo del Premio e Regolamento del Premio

Il premio annuo lordo, comprensivo cioè di accessori ed imposte di legge, e' convenuto in base:

al tasso annuo dello _____pro mille, computato sulle retribuzioni lorde, al netto degli oneri sociali, dei dipendenti della Contraente AMG Energia S.p.A., quali risultanti dai libri di amministrazione tenuti a norma di legge, preventivate in **complessive Euro 12.000.000,00** ;

Il premio viene anticipato dal Contraente in base al preventivo annuo di retribuzioni convenuto.

Fermo restando l'obbligo, di pagare alle scadenze stabilite e per tutta la durata del contratto, il premio nell'importo risultante dalla polizza, Il Contraente deve comunicare alla Società, entro 60 giorni dalla fine di ogni anno di assicurazione o del minor periodo di durata del contratto, l'ammontare delle retribuzioni corrisposte alle persone assicurate affinché la Società stessa possa procedere alla determinazione del premio consuntivo. In caso di aumento rispetto al premio provvisorio anticipato, Il Contraente versa alla Società l'importo dell'aumento calcolato sulla base del tasso sopraesposto; in caso di diminuzione, la Società restituisce l'importo riscosso in più. In entrambi i casi, il pagamento degli importi relativi dovrà essere effettuato dalla parte debitrice nei sessanta giorni successivi alla loro determinazione.

4

Art.7) Forma delle Comunicazioni

Tutte le comunicazioni fra le Parti, per essere valide, devono essere fatte per iscritto.

Art.8) Modifiche dell'assicurazione

Ogni eventuale modifica dell'assicurazione deve essere provata per iscritto.

Art.9) Coassicurazione e delega (valida nel caso di coassicurazione)

Le Parti convengono che la presente polizza è suddivisa in quota tra le Società in appresso indicate:

_____ - quota di partecipazione _____% - Delegataria
_____ - quote di partecipazione _____% - Coassicuratrici

A deroga dell' Art. 1911 del Codice Civile, la Società Delegataria risponderà direttamente anche della parte di indennizzo a carico delle Coassicuratrici.

Tutte le comunicazioni relative al presente contratto si intendono fatte o ricevute dalla Società Delegataria all'uopo designata dalle Società Coassicuratrici, in nome e per conto di tutte le Società Coassicuratrici. La firma apposta dalla Società Delegataria rende l'atto valido ad ogni effetto anche per la parte delle medesime.

Art.10) Trattamento dei dati

Ai sensi delle leggi e normative vigenti in materia, le Parti consentono il trattamento dei dati personali contenuti nella presente polizza o che ne derivino, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali.

Art.11) Oneri Fiscali

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

Art.12) Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non espressamente regolato dal presente contratto, valgono le norme legislative e regolamentari vigenti.

Art.13) Foro Competente

Il Foro competente per le controversie riguardanti l'esecuzione del presente contratto è quello di Palermo.

Art.14) Interpretazione del Contratto

Si conviene che, in tutti i casi dubbi, l'interpretazione del contratto si intenderà la più favorevole all'assicurato.

Art.15) Rinuncia all'azione di rivalsa

La Società rinuncia ad ogni azione di rivalsa per le somme pagate, lasciando così integri i diritti dell'Assicurato o dei suoi aventi causa contro i responsabili dell'infortunio.

NORME IN CASO DI SINISTRO

Art.16) Denuncia dell'infortunio ed obblighi relativi

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

Quando l'infortunio abbia causato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, deve esserne dato immediatamente avviso telegrafico alla Società. L'Assicurato, i suoi familiari od aventi diritto devono consentire alla visita di medici della Società ed a qualsiasi indagine che questi ritengano necessaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato

stesso.

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

Art.17) Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute, pertanto l'influenza che l'infortunio può avere esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili. Parimenti nei casi di preesistente mutilazione o difetto fisico, l'indennità per Invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivato dalle condizioni preesistenti.

Art.18) Controversie e collegio arbitrale

In caso di disaccordo sulla causa o sulla natura delle lesioni o sulla valutazione delle conseguenze attribuibili all'infortunio, la vertenza viene deferita ad un Collegio Arbitrale che risiede presso il domicilio dell'Assicurato. Il Collegio è composto di tre medici, di cui due nominati dalle Parti, una per ciascuna, ed il terzo d'accordo fra i due primi, o, in difetto, dal Presidente dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio Arbitrale.

Gli arbitri, tenendo presenti le condizioni del Contratto di Assicurazione, decidono a maggioranza inappellabilmente come amichevoli compositori senza alcuna formalità giudiziaria; le loro decisioni impegnano le Parti anche se l'arbitro dissenziente non le ha sottoscritte.

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

Art.19) Liquidazione

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquida l'indennità che risulti dovuta, ne dà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvede al pagamento entro 30 giorni, all'Assicurato o ai suoi aventi diritto. L'indennità verrà corrisposta in Italia.

Art.20) Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, le Parti possono recedere dall'assicurazione con preavviso di 90 giorni. In tale caso la Società, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio netto relativa al periodo di rischio non corso.

Art.21) Obbligo della Società nella gestione dei sinistri - rendiconto

La Società si impegna ed obbliga a fornire alla Contraente, con cadenza semestrale:

- elencazione dei sinistri Denunciati;
- sinistri Riservati, con indicazione dell'importo a riserva
- sinistri Liquidati, con indicazione dell'importo liquidato;

- sinistri Respinti, con precisazione scritta delle motivazioni.

Tutti i sinistri dovranno essere corredati di data di apertura della pratica presso la Società, di data di accadimento del sinistro denunciato, indicazione del dipendente infortunato, tipologia dell'infortunio e data dell'eventuale chiusura della pratica per liquidazione o altro motivo.

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

La documentazione di cui sopra dovrà essere fornita alla Contraente mediante supporto informatico, compatibile ed utilizzabile dalla Contraente stessa.

Gli obblighi precedentemente descritti non potranno impedire alla Contraente di chiedere e di ottenere un aggiornamento, con le modalità di cui sopra, in date diverse da quelle indicate.

OGGETTO DELL' ASSICURAZIONE

Art.22) Assicurati e somme di copertura

La Copertura Assicurativa vale e **quindi l'Assicurazione è prestata**, in favore del personale alle dipendenze dell'Azienda AMG Energia S.p.A., (Assicurati), con esclusione dei dipendenti tutti con qualifiche di dirigente, per i capitali e le garanzie di seguito indicate:

Capitali

Morte : 5 volte la retribuzione annua lorda con il max di euro 310.000,00

Invalità Permanente : 6 volte la retribuzione annua lorda con il max di euro 372.000,00

7

GARANZIE PRESTATE

L'Assicurazione vale per

- gli infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio delle attività professionali principali e secondarie dichiarate dal Contraente (rischi professionali), per gli infortuni occorsi in occasione di missioni o per adempimenti di servizio effettuati con l'impiego di normali mezzi di locomozione, compreso il rischio in itinere;
- gli infortuni extra-professionali.
- Per il rischio in itinere, il quale comprende gli infortuni sofferti dagli Assicurati durante il tempo necessario a percorrere l'itinerario dalla propria abitazione al luogo di lavoro e viceversa, a piedi o con uso o guida di mezzi di locomozione o di trasporto in genere.

Sono compresi in garanzia anche:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti acuti di origine traumatica, da ingestione o assorbimento di sostanze;
- contatto con corrosivi;

- le affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi, esclusi il carbonchio, la malaria e le malattie tropicali;
- l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento;
- la folgorazione;
- i colpi di sole o di calore;
- le lesioni (esclusi gli infarti) determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico; e a titolo esemplificativo e non esaustivo:
- gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismi, attentati, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- gli infortuni derivanti da malore ed incoscienza;
- gli infortuni derivanti da imprudenza e negligenza anche gravi;
- gli infortuni derivanti dall'uso o guida di ciclomotori e motocicli di qualunque cilindrata; trattori e macchine agricole semoventi, veicoli a motore e natanti, a condizione che l'Assicurato sia in possesso, ove prescritto, di regolare patente di abilitazione alla guida;
- gli infortuni subiti in conseguenza di calamità naturali costituite da terremoto, maremoto, eruzione vulcanica, alluvioni, inondazioni e fenomeni connessi;
- gli infortuni causati da influenze termiche ed atmosferiche;
- gli infortuni derivanti da abuso di alcolici, con l'esclusione di quelli subiti alla guida di veicoli e/o natanti in genere;
- gli infortuni derivanti dall'utilizzo di armi da fuoco.

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 Euro 10.000.000,00. Qualora gli indennizzi liquidabili a sensi di polizza eccedessero nel loro complesso tale importo gli stessi verranno proporzionalmente ridotti.

8

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Art.23) Morte

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

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

Vengono parificati al caso di morte il caso in cui l'Assicurato venga dichiarato disperso dallecompetenti Autorità ed il caso di sentenza di morte presunta, ai sensi dell'art. 60 comma 3 del Codice Civile (vedi Condizioni Particolari).

Art.24) Invalidità permanente

Se l'infortunio ha per conseguenza un'invalidità permanente e questa si verifica entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida per tale titolo un'indennità calcolata sulla somma assicurata per invalidità permanente, secondo la tabella annessa al T.U. Sull'assicurazione obbligatoria per gli infortuni e le malattie professionali approvata con D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 e successive modificazioni intervenute sino alla data del 24.07.2000, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge.

Per gli Assicurati mancini, si conviene che le percentuali di Invalidità Permanente previste dall'annessa tabella per l'arto superiore destro, varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa.

La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto, viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se si tratta di minorazione, le percentuali vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta. Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi o arti, l'indennità viene stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al limite massimo del 100%.

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

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

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

Nel caso di ernia che per essere determinata da infortunio (ernia traumatica) risulti compresa in

garanzia, l'indennità è stabilita come segue:

- se l'ernia è operabile e il contratto prevede il caso di inabilità temporanea, la Società corrisponderà la somma giornaliera assicurata per l'inabilità temporanea, fino ad un massimo di trenta giorni;
- se l'ernia non risulta operabile, la Società corrisponderà l'indennità fino al 10% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente.

Questi massimi valgono anche se l'ernia è bilaterale.

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

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

Art. 25) Cumulo di indennità

L'indennità per inabilità temporanea è cumulabile con quella per morte o per invalidità

permanente. Se dopo il pagamento di una indennità per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio, ed in conseguenza di questo l'Assicurato muore, la Società corrisponderà ai beneficiari designati o, in difetto, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali, la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore, e non chiederanno il rimborso nel caso contrario.

Il diritto all'indennità per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi, tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Società paga agli eredi dell'Assicurato l'importo liquidato od offerto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

Art.26) Calcolo ulteriore delle indennità'

- Per i casi di invalidità permanente che riducano di almeno i due terzi la capacità lavorativa dell'Assicurato, tale da rendere obiettivamente impossibile la prosecuzione del rapporto d'impiego o la costituzione di un'altro rapporto di lavoro similare presso altra azienda, anche eventualmente con una diversa utilizzazione dell'assicurato in occupazioni confacenti alle sue attitudini, verrà corrisposto un'indennizzo pari al 100% del massimale assicurato per il caso di invalidità permanente totale.

La valutazione deve essere effettuata in base alle misure stabilite nella tabella di cui all'allegato 1 al T.U. Delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, approvato con D.P.R. 30 Giugno 1965 n. 1124.

- La Società paga ai figli e/o al coniuge non legalmente separato dall'Assicurato, la somma convenuta per il caso di morte aumentata del 50%, quando l'Assicurato muore in conseguenza di un infortunio subito a seguito di reato di rapina, tentata rapina, estorsione, tentativo di sequestro, messi in opera nei confronti dell'Assicurato stesso.

Art.27) Caso di inabilità' temporanea

Se l'infortunio ha per conseguenza un'inabilità' dell'assicurato ad attendere alle sue occupazioni, la società liquiderà una diaria giornaliera pari ad Euro 100, per tutto il tempo in cui l'assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle sue occupazioni medesime; la diaria viene ridotta al 50% per tutto il tempo in cui l'assicurato non ha potuto attendere che in parte alle sue occupazioni.

L'indennizzo per Inabilità' temporanea viene corrisposto a decorrere dal sesto giorno dell'infortunio fino alle ore 24 dell'ultimo giorno dell'inabilità', con il massimo di 120 giorni.

Art.28) Esonero denuncia infermità', difetti fisici e mutilazioni.

La Contraente è esonerata dall'obbligo di denunciare le infermità' di cui i singoli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione della presente polizza o che dovessero in seguito sopravvenire, fermo restando il disposto dell'articolo 38) delle norme operanti in caso di sinistro inerenti ai criteri di indennizzabilità'.

Art.29) Esonero denuncia generalita' degli Assicurati.

La Contraente e' esonerata dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalita' delle persone assicurate. Per l'identificazione di tali persone, si fara' riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione della Contraente.

Art.30) Rimborso Spese Mediche a seguito di infortunio

La Societa' a seguito di infortunio indennizzabile a termini della presente polizza, rimborsa altresì per ciascun assicurato, la Spese Mediche resesi necessarie e sostenute in Istituti di Cura non accreditati dal servizio Sanitario Nazionale nonche' l'eccedenza delle Spese Mediche resesi necessarie e non riconosciute, in tutto o in parte, dal Servizio Sanitario Nazionale stesso; il tutto sino alla concorrenza di Euro 5.250,00=

La garanzia e' operante per:

- le spese di ricovero
- gli onorari dei medici e chirurghi
- le spese di laboratorio e gli accertamenti diagnostici
- le spese di trasporto su ambulanze e/o mezzi di soccorso
- le spese per la prima protesi, escluse quelle dentarie, salvo quelle necessarie per ripristinare la funzione masticatoria compromessa dall'infortunio

Rimangono escluse le spese sostenute per operazioni di chirurgia plastica, salvo quelle necessarie per eliminare o contenere il grado di Invalidita' Permanente, nonche' le cure fisioterapiche e le spese per acquisto di farmaci.

La presente garanzia e' prestata con una franchigia fissa ed assoluta di Euro 100,00.

Art.31) Franchigie per invalidità permanente

Le parti prendono atto che i capitali assicurati, relativi alla garanzia Invalidità Permanente sono soggetti alle seguenti franchigie fisse per sinistro:

3% fino ad € 250.000,00;

5% oltre € 250.000,00

Art. 32) Viaggi Aerei

L'Assicurazione comprende gli infortuni che l'assicurato subisca durante i voli effettuati in qualita' di passeggero su aereomobili di qualsiasi tipo e da chiunque eserciti, purché abilitati al volo da regolare certificato di navigabilità.

Nel caso di sinistro che colpisca contemporaneamente piu' Assicurati, l'indennizzo non potrà superare la somma complessiva di Euro 13.000.000,00.

Qualora le indennita' liquidabili a termini di polizza eccedessero nel loro complessivo tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

Art.33) Servizio militare

Durante il servizio militare di leva, il servizio sostitutivo, l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale l'Assicurazione resta sospesa.

Entro il 15° giorno successivo alla prima scadenza di premio (o rata di premio) posteriore

all'inizio del servizio di cui sopra il Contraente ha facoltà di chiedere il rimborso dei premi pagati relativi al periodo in cui l'Assicurazione è rimasta sospesa; rimborso che verrà corrisposto al netto delle imposte.

Art.34) Limiti territoriali e di risarcimento

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

Nel caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più Assicurati, l'esborso a carico della Società non potrà superare la somma complessiva di Euro 5.200.000,00.

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

Art.35) Limiti di età

L'Assicurazione vale per le persone di età non superiore a settantacinque anni.

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

Art.36) Persone non assicurabili

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

L'Assicurazione cessa con il loro manifestarsi.

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

Art.37) 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 da rendere il danno non indennizzabile, non avverrà prima che siano trascorsi 180 giorni dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta proposta a termini degli artt. 60 e 62 del Codice Civile.

Nel caso che, 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.

ESCLUSIONI

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

- a) partecipazione a gare e corse (e relative prove) calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo; dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove) che comportano l'uso o l'agguato di veicoli a motore e natanti, salvo che si tratti di regolarità pura;
- b) gli infortuni derivanti da guerra e insurrezioni, salvo quanto previsto all'Articolo 15 - Rischio Guerra; da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- c) gli infortuni che siano conseguenza diretta od indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo e di radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, e da esposizione a radiazioni ionizzanti;
- d) gli infortuni derivanti dall'abuso di psicofarmaci o da uso non terapeutico di stupefacenti od allucinogeni;
- e) gli infortuni occorsi in occasione di partecipazione ad imprese temerarie, salvo in quest'ultimo caso che si tratti di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- f) le conseguenze di operazioni chirurgiche e di accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio.

La Compagnia

Il Contraente

13

CONDIZIONI DA APPROVARE ESPRESSAMENTE PER ISCRITTO

Ad ogni effetto di legge, nonché ai sensi dell'Art. 1341 Codice Civile, Il Contraente e la Società dichiarano di approvare specificatamente le disposizioni degli articoli seguenti delle Condizioni di Assicurazione:

Art.4 – Durata dell'assicurazione

Art.5 – Decorrenza dell'assicurazione e pagamento dei premi

Art.09 – Coassicurazione

Art.13 – Foro Competente

Art.20 – Recesso in caso di sinistro

La Compagnia

Il Contraente

DISPOSIZIONI FINALI

Il presente capitolato, già sottoscritto in ogni sua pagina dalla Società aggiudicataria, dopo la delibera di aggiudicazione del Contraente e la successiva sottoscrizione da parte del Legale Rappresentante, assume a tutti gli effetti la validità di contratto anche per quanto riguarda le norme contenute, il prezzo, le scadenze, la decorrenza della garanzia assicurativa.

Ad aggiudicazione avvenuta, il Contraente dà notizia immediata alla Società che ha vinto la gara, inoltrandole copia in estratto della delibera con allegato il capitolato – contratto. La Società aggiudicataria inserirà l'eventuale riparto delle Coassicuratrici che sarà allegato al Capitolato all'atto della firma del Legale Rappresentante del Contraente. In assenza di tale documento la garanzia assicurativa si intenderà assunta al 100% da parte della delegataria.

Si conviene fra le Parti che le norme dattiloscritte nel presente capitolato annullano e sostituiscono integralmente tutte le condizioni riportate a stampa nella modulistica eventualmente utilizzata dall'Assicuratore in aggiunta al presente capitolato di polizza, per cui le stesse si devono intendere abrogate e prive di qualsiasi effetto.

Pertanto le condizioni riportate nel presente capitolato sono le uniche a valere tra le Parti del presente contratto.

I moduli prestampati della Società, allegati al presente capitolato di polizza all'emissione del contratto, benché sottoscritti dal Contraente, valgono esclusivamente per i dati identificativi riferiti al Contraente, al conteggio del premio, alla durata contrattuale, al trattamento dei dati personali, nonché per l'indicazione delle eventuali quote di coassicurazione.

MODALITA' DI FORMULAZIONE DELL'OFFERTA

Ai fini della formulazione dell'offerta economica, le Compagnie di assicurazioni partecipanti alla gara dovranno compilare l'allegato di "Offerta Economica" in ogni sua parte che dovrà essere presentato secondo le modalità previste per la presentazione dell'offerta nel bando e nel capitolato speciale di appalto – Normativa Generale.

Non saranno ammesse offerte condizionate.