

**POLIZZA DI ASSICURAZIONE
INFORTUNI CUMULATIVA
Lotto 4**

La presente polizza è stipulata tra

| |
|-----------------------------------|
| Cassa di Assistenza..... |
| Associato FINCALBRA S.p.A. |
| Via Pugliese, 30 |
| 88100 Catanzaro |
| P.IVA 01759730797 |

e

| |
|------------------------------|
| Società Assicuratrice |
| |
| |
| |

Durata del contratto

| | |
|------------------------------|-------------------|
| Dalle ore 24.00 del : | 31/12/2017 |
| Alle ore 24.00 del : | 31/12/2019 |

Con scadenze dei periodi di assicurazione
successivi al primo fissati:

| |
|--|
| Alle ore 24.00 del 31.12 di ogni anno |
|--|

PREMESSA

La presente Polizza disciplina l'assicurazione infortuni per i dipendenti appartenenti a FINCALABRA S.p.A. come indicati nella polizza stessa.

La Polizza e' suddivisa:

a) in una parte generale (Parte I) che contiene le Definizioni dei termini utilizzati nella polizza stessa, le Condizioni Generali e le Condizioni Particolari di Polizza;

b) una parte che contiene le disposizioni specifiche (Parte II) che, unitamente alle Condizioni Generali e alle Condizioni Particolari, si applicano alla copertura degli assicurati.

Le disposizioni di carattere speciale, contenute nella Sezione relativa ai singoli soggetti assicurati, prevalgono sulle disposizioni di carattere generale

DEFINIZIONI

Ai seguenti termini le Parti attribuiscono il significato qui precisato:

| | |
|------------------------|---|
| ASSICURATO | Il soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione incluse le Società controllate, collegate e/o partecipate, come indicato in polizza |
| ASSICURAZIONE | il contratto di assicurazione |
| CONTRAENTE | Contraente Cassa di Assistenza..... Associato FINCALABRA S.p.A. - Via Pugliese, 30 - 88100 Catanzaro |
| ASSICURATORE | la Compagnia Assicuratrice o il Gruppo di Compagnie che hanno assunto la presente assicurazione |
| BENEFICIARIO | la/le persona/e a cui viene liquidata la somma spettante ai sensi di polizza |
| FRANCHIGIA | la percentuale o la somma prestabilita che in caso di sinistro l'Assicurato tiene a suo carico e per la quale l'Assicuratore non riconosce l'indennizzo |
| INDENNIZZO | la somma dovuta dall'Assicuratore in caso di sinistro |
| INFORTUNIO | ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili |
| INVALIDITA' PERMANENTE | l'invalidità che comporti, in modo permanente ed irrimediabile, la perdita totale o parziale, della capacità generica di attendere a qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dall'occupazione o professione dell'infortunato |
| INABILITA' TEMPORANEA | temporanea incapacità ad attendere alle occupazioni professionali svolte, indipendentemente dall'occupazione o professione dell'infortunato |
| POLIZZA | il documento che prova l'assicurazione |
| PREMIO | la somma dovuta dal Contraente all'Assicuratore |
| RISCHIO | la probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne |
| SINISTRO | il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione |
| SOMMA ASSICURATA | la somma che rappresenta il limite fino al quale l'assicuratore è obbligato |
| BROKER | AON Spa |

PARTE I

CONDIZIONI GENERALI

1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, non avvenute in buona fede, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893, 1894 c.c.

2 Pagamento del premio, operatività dell'assicurazione

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

Il contraente è tenuto al pagamento della prima rata di premio, entro 60 giorni dalla data della decorrenza della polizza; se il contraente non paga il premio entro 60 giorni, l'effetto dell'assicurazione decorre dalle ore 24.00 del giorno di pagamento del premio.

Se il contraente non paga i premi, le rate di premio successivi e le eventuali appendici comportanti un premio, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 60° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

I premi devono essere pagati al Broker al quale è assegnata la polizza, e tale pagamento è liberatorio per il Contraente.

Resta convenuto tra le Parti che è considerata, a tutti gli effetti, come data di avvenuto pagamento, a prescindere da quando materialmente sarà accreditato il premio, quella dell'atto che conferisce tale ordine al Servizio di Tesoreria del Contraente, od altra Unità Operativa Economico-Finanziaria del Contraente che metterà a disposizione della Società detto atto a seguito di semplice richiesta da parte della Società stessa.

Il termine di rispetto per il pagamento di premi relativi a eventuali appendici e proroghe emesse sulla presente polizza si intende fissato in 60 giorni dalla data di ricezione da parte della Contraente del relativo documento regolarmente emesso dalla Società.

Ai sensi dell'art. 48 e 48 bis del DPR 602/1973 la società da atto che:

- l'assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuata dal contraente ai sensi del D. M. E. F. del 18 gennaio 2008 n° 40, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'art. 3 del Decreto;
- Il pagamento effettuato dal contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'art. 72 bis del DPR 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 c.c. nei confronti della società stessa.

L'assicurazione è altresì operante fino al termine delle verifiche e dei controlli che il contraente deve effettuare in capo all'aggiudicatario della presente polizza circa il possesso di tutti i requisiti di partecipazione richiesti nel bando e nel disciplinare di gara, nonché quelli richiesti dalle vigenti disposizioni normative per la stipula dei contratti con le Pubbliche Amministrazioni, ex artt. 32 e 33 del D.Lgs. 50/2016 e ss.mm.ii., anche qualora dette verifiche e controlli eccedessero temporalmente rispetto ai termini di mora previsti nel presente articolo in relazione al pagamento della prima rata.

3 Modifiche dell'Assicurazione

Le eventuali modifiche alla presente polizza – concordate tra le parti – devono essere provate per iscritto.

4 Mutamenti del rischio

Il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni mutamento del rischio; i mutamenti del rischio sono regolati dagli artt. 1896,1897,1898 c.c.

In caso di cessazione o diminuzione significativa del rischio il Contraente ha diritto al rimborso od alla proporzionale riduzione pro rata temporis del premio pagato e non goduto.

Se le Parti non raggiungono un accordo entro trenta (30) giorni dalla data del ricevimento da parte dell'Assicuratore della comunicazione della variazione del rischio, l'Assicuratore stesso comunicherà all'Assicurato la proposta delle nuove condizioni di polizza. L'Assicurato dovrà far pervenire all'Assicuratore accettazione scritta della proposta entro sessanta (60) giorni dalla data di ricevimento della stessa. Nel caso in cui l'Assicurato non dia detta comunicazione o comunichi la non accettazione delle nuove condizioni, l'Assicuratore ha diritto di recedere dal contratto, con preavviso di trenta (30) giorni.

Resta inteso che nel suddetto periodo la polizza rimarrà in vigore alle condizioni originarie.

5 Interpretazione del contratto

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

6 Obblighi del Contraente/Assicurato in caso di sinistro

In caso di sinistro il Contraente e/o l'Assicurato devono darne avviso scritto con le forme di cui all'art. 14 all'Assicuratore entro sessanta (60) giorni da quando l'Ufficio competente del Contraente ne ha avuto conoscenza.

Nel caso di morte l'avviso deve essere dato entro trenta (30) giorni da quando l'Ufficio competente del Contraente ne ha avuto conoscenza.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art 1915 c.c.

L'Assicurato deve poi far seguire, nel più breve tempo possibile, le notizie, i documenti e gli atti giudiziari relativi al sinistro.

7 Esonero denuncia generalità degli assicurati

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

8 Disdetta in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro e fino al sessantesimo (60°) giorno successivo alla data del pagamento o rifiuto dell'indennizzo dovuto, l'Assicuratore può recedere dal contratto con preavviso di almeno centoventi (120) giorni prima della data di efficacia del recesso.

In tal caso l'Assicuratore, entro quindici (15) giorni dalla data di efficacia del recesso rimborsa la parte del premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso.

9 Durata della polizza

La presente Assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del 31.12.2017 e scadenza alle ore 24.00 del 31.12.2019; a tale data la polizza si intenderà cessata senza obbligo di preventiva disdetta.

L'Assicurazione potrà essere disdettata dalle parti a mezzo raccomandata A.R. inviata almeno 90 giorni prima di ogni ricorrenza annuale.

La Società si impegna a prorogare l'assicurazione, su richiesta del Contraente, alle medesime condizioni contrattuali ed economiche, per un periodo di 180 giorni oltre la scadenza contrattuale, a fronte del pagamento del relativo rateo di premio. Tale rateo, dovrà essere corrisposto entro 60 giorni dalla data di decorrenza della proroga.

10 Validità delle norme dattiloscritte

Si intendono operanti solo le norme dattiloscritte.

La firma apposta dal Contraente su moduli a stampa vale solo quale presa d'atto del premio e la eventuale ripartizione del rischio fra le società partecipanti alla coassicurazione.

11 Regolazione del premio

Poiché il premio è convenuto in tutto o in parte in base ad elementi di rischio variabili, anticipato in via provvisoria nella misura dell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minor durata del contratto secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio, fermo il premio minimo stabilito in polizza. A tale scopo entro 120 giorni dalla scadenza del contratto, il Contraente deve fornire per iscritto alla Società i dati necessari per il conteggio del premio consuntivo.

Le differenze attive o passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate o rimborsate entro 60 giorni successivi al ricevimento da parte del Contraente dell'apposita appendice di regolazione emessa dalla Società.

Se l'Assicurato non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti od al pagamento della differenza attiva dovuta, la Società deve fissargli, mediante atto formale di messa in mora, un ulteriore termine non inferiore a 30 giorni dandone comunicazione scritta, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto od a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo annuo per il quale non ha avuto luogo la regolazione od il pagamento della differenza attiva e la garanzia resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto i suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

12 Oneri fiscali

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

13 Obbligo di informazioni

L'Assicuratore si impegna a comunicare entro quindici (15) giorni dalla scadenza di ciascun semestre il dettaglio dei sinistri denunciati (tipologia dell'evento, descrizione, importi liquidati e/o riservati, data di liquidazione, motivo dei sinistri senza seguito). Nel caso di recesso dal contratto o alla scadenza naturale del contratto stesso, l'assicuratore dovrà fornire, entro i 60 giorni antecedenti la scadenza della copertura, una situazione sinistri aggiornata.

14 Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni tra le Parti debbono farsi con lettera raccomandata r.r., telefax o pec.

15 Limiti territoriali

L'assicurazione vale per il mondo intero.

16 Conciliazione delle controversie

Per le eventuali controversie riguardanti l'applicazione e l'esecuzione della presente polizza le Parti possono presentare domanda congiunta, oppure la parte interessata può presentare apposita domanda, presso un Organismo di mediazione riconosciuto dal Ministero della Giustizia nel luogo in cui ha sede la Contraente o in alternativa l'Assicurato, che inviterà l'altra parte ad aderire e a partecipare all'incontro di mediazione finalizzato alla conciliazione ai sensi del D.Lgs 28/2010, nel rispetto del Regolamento di conciliazione da questo adottato.

In caso di più domande relative alla stessa controversia trova applicazione il criterio di priorità cronologica, e cioè la mediazione si svolgerà avanti l'organismo presso il quale è stata presentata la prima istanza di mediazione.

Qualora il tentativo di mediazione abbia esito negativo, la parte interessata potrà agire in giudizio presso il Foro competente esclusivo ove ha sede la Contraente oppure in alternativa l'Assicurato.

17 Legge applicabile e giurisdizione

Per ogni controversia derivante dal presente contratto si applica la Legge Italiana ed è competente esclusivamente la Giurisdizione Italiana e l'Autorità giudiziaria in cui ha sede la Contraente.

18 Rinvio alle norme di legge

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

19 Clausola Broker

Il Contraente dichiara di aver affidato la gestione della presente polizza alla Aon S.p.A., in qualità di Broker, ai sensi dell'art. 109 del D.Lgs. 209/2005.

Pertanto, agli effetti delle condizioni della presente polizza, La Società da atto che ogni comunicazione fatta dal Contraente/Assicurato tramite il Broker si intenderà come fatta dal Contraente/Assicurato stesso e viceversa.

La Società inoltre riconosce che il pagamento dei premi sia fatto tramite il Broker sopra designato.

Ai sensi della normativa vigente si precisa che, con riferimento all'art. 118 del D.Lgs. 209/2005 ed all'art. 55 del Regolamento IVASS n. 05/2006, il Broker è autorizzato ad incassare i premi. In applicazione del 1° comma del predetto art. 118, resta intesa l'efficacia liberatoria del pagamento dei premi dell'Assicurato al Broker.

La Società riconosce che la provvigione del Broker è a proprio carico. Il Broker tratterà all'atto della rimessa dei premi alla Società l'aliquota del 5% (cinque per cento) sui premi imponibili della presente polizza.

20 Adempimenti ai sensi della Legge 13 agosto 2010 n. 136

La Società si assume l'obbligo di tracciabilità dei flussi finanziari ai sensi di quanto previsto dall'art. 3 comma 8 della legge 13 agosto 2010 n. 136 e s.m.i. a pena di nullità assoluta del contratto.

Il contratto di assicurazione sarà risolto, ai sensi ed effetti di quanto stabilito dall'art 3 comma 9.bis della Legge, nel caso in cui la Società esegua transazioni finanziarie inerenti il contratto d'assicurazione (pagamenti / incassi) senza avvalersi dello strumento del bonifico bancario o postale o con altri strumenti di pagamento idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni.

21 Coassicurazione e delega

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

Con la firma del presente contratto le coassicuratrici conferiscono mandato alla società delegataria per firmare i successivi documenti contrattuali e compiere tutti gli atti di gestione anche in loro nome e per loro conto; pertanto la firma apposta su detti documenti dalla Società Delegataria li rende validi ad ogni effetto anche per le Coassicuratrici (per le rispettive quote), senza che da queste possano essere opponibili eccezioni o limitazioni di sorta.

E' fatta soltanto eccezione per l'incasso dei premi di polizza, il cui pagamento verrà effettuato dal Contraente per il tramite del broker AON direttamente nei confronti di ciascuna Coassicuratrice; resta intesa l'efficacia liberatoria, anche a termini dell'art.1901 del Codice Civile, del pagamento così effettuato dal Contraente.

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.

Nel caso in cui il presente contratto sia aggiudicato ad associazione temporanea d'impresa costituitasi in termini di legge, si deroga totalmente al disposto dell'art. 1911 C.C., essendo tutte le imprese sottoscrittrici responsabili in solido nei confronti del contraente aggiudicatore.

La delega assicurativa è assunta dall'Assicuratore indicato dal raggruppamento di imprese quale mandataria

CONDIZIONI PARTICOLARI

1 Oggetto dell'assicurazione

- 1.1 E' considerato infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni fisiche obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, un'invalidità permanente oppure un'inabilità temporanea.
- 1.2 L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento:
- delle attività professionali principali e secondarie (compreso il rischio in itinere);
 - di ogni altra attività che l'Assicurato svolga senza carattere di professionalità.
- 1.3 Sono compresi in garanzia anche:
- a) l'asfissia non di origine morbosa;
 - b) gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
 - c) l'annegamento;
 - d) l'assideramento o il congelamento, la folgorazione;
 - e) i colpi di sole e di calore;
 - f) le lesioni determinate da sforzi e le ernie;
 - g) gli infortuni sofferti in stato di malore od incoscienza, nonché gli infortuni determinati da vertigini, malore o stato d'incoscienza, purché non dovuti a condizione qualificatamente patologica e purché non cagionati da abuso di psicofarmaci, sostanze stupefacenti ed allucinogeni;
 - h) gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
 - i) gli infortuni derivanti da tumulti popolari o da atti di terrorismo, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
 - j) gli infortuni derivanti da aggressioni, rapine e sequestri di persona;
 - k) le conseguenze di irradiazioni rese necessarie da infortunio in garanzia;
 - l) gli infortuni subiti in occasione di legittima difesa o di atti di solidarietà;
 - m) le morsicature, le punture e le ustioni di animali e/o vegetali in genere, nonché le infezioni (comprese quelle tetaniche) conseguenti ad infortuni risarcibili a termine di polizza;
 - n) gli infortuni derivanti da aggressioni aventi carattere politico sindacale o sociale purché non vi sia stata partecipazione attiva dell'Assicurato;
 - o) gli infortuni derivanti dallo stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) per il periodo massimo di quattordici (14) giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di eventi bellici mentre si trova all'estero, restando esclusi gli infortuni che colpissero gli assicurati nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino;
 - p) gli infortuni derivanti da calamità naturali, quali terremoti, eruzioni vulcaniche, alluvioni ed inondazioni; in caso di sinistro nel quale rimangono infortunate più persone assicurate il massimo esborso a carico dell'Assicuratore non potrà superare la somma complessiva di Euro 15.000.000,00
 - q) gli infortuni derivanti da uso di mezzi di trasporto privato e pubblico singoli e collettivi, anche di linea ed a noleggio.
- 1.4 Rischi esclusi
Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- a) dall'uso anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizione non di regolarità pura e nelle relative prove;
- b) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore solo se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- c) dall'uso anche come passeggero, di aeromobili non di linea od a noleggio (compresi deltaplani ed ultraleggeri);
- d) dalla pratica professionale di sports, del paracadutismo e/o degli sports aerei in genere, compreso il parapendio;
- e) dalla partecipazione a competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- f) da ubriachezza alla guida di veicoli o natanti a motore, da abuso di psicofarmaci, dall'uso non terapeutico di stupefacenti od allucinogeni;
- g) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessarie da infortunio;
- h) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- i) da trasformazione od assestamenti energetici, dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X etc.).

1.5 **Servizio militare**

La garanzia vale nei casi di richiamo alle armi per ordinarie esercitazioni in tempo di pace.

Sono comunque esclusi gli infortuni subiti durante la partecipazione a operazioni ed interventi militari fuori dai confini della Repubblica Italiana.

1.6 **Limiti di età**

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore ad ottanta 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.

2 **Denuncia dell'infortunio ed oneri 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.

3 **Criteri di indennizzo**

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

Parimenti, nei preesistenti casi di mutilazioni o difetti fisici, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette dell'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra e sana, senza riguardo al maggior

pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti, fermo quando stabilito dal successivo punto 8 della presente sezione.

4 Morte

4.1 L'indennizzo per il caso di morte è dovuto se la morte stessa si verifica, anche successivamente alla scadenza della polizza, entro due (2) anni dal giorno dell'infortunio.

4.2 Tale indennizzo viene liquidato ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti eguali.

4.3 L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, ma entro 2 anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, i beneficiari designati o gli eredi dell'Assicurato hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per morte, se superiore, e quello già pagato per invalidità permanente.

Nel caso in cui, invece, l'indennizzo per morte risultasse inferiore a quello già liquidato all'Assicurato a titolo di invalidità permanente, gli eredi di questo non saranno tenuti ad alcuna restituzione all'Assicuratore.

5 Morte presunta

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato, e si presuma sia avvenuto il decesso, l'Assicuratore liquiderà ai beneficiari designati od in mancanza agli eredi, il capitale previsto per il caso morte. La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi 6 mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta ai sensi degli artt. 60 e 62 c.c.

Quando sia stato effettuato il pagamento dell'indennità ed in seguito l'Assicurato ritorni o si abbiano di lui notizie sicure, la Società ha diritto alla restituzione delle somme pagate.

A restituzione avvenuta dell'intera somma liquidata, l'Assicurato non deceduto potrà far valere i propri diritti per l'invalidità eventualmente subita e residua, anche se nel frattempo fossero trascorsi oltre 2 anni dall'evento subito, e quindi, senza che da parte della Società si possano invocare eventuali termini di prescrizione che al più decorreranno da quel momento.

6 Invalidità permanente

Se l'infortunio ha per conseguenza un'invalidità permanente e questa si verifica, anche successivamente alla scadenza della polizza, entro 2 anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida per tale titolo, secondo le disposizioni seguenti, una indennità calcolata sulla somma assicurata per invalidità permanente, secondo le percentuali previste dalla tabella all. 1 al DPR 30/6/1965 n. 1124 come vigente alla data del verificarsi del sinistro, senza l'applicazione delle franchigie relative previste dal citato DPR.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorati, le percentuali sopra indicate sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente. In caso di accentuato mancinismo, le percentuali stabilite per l'arto superiore destro s'intendono applicate all'arto superiore sinistro e viceversa.

7 Inabilità temporanea (operante solo se richiamata)

L'indennizzo per inabilità temporanea è dovuto:

- a) integralmente per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica ad attendere alle sue occupazioni;
- b) al 50% per ogni giorno in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle sue occupazioni.

L'indennizzo per inabilità temporanea viene corrisposto per un periodo massimo di 365 giorni a decorrere dal giorno dell'infortunio.

L'indennizzo per inabilità temporanea è cumulabile con quelli dovuti per invalidità permanente o per morte.

8 Termine di pagamento dell'indennizzo dovuto ai sensi di polizza

Il pagamento dell'indennizzo si effettua:

- a) in caso di morte non oltre trenta (30) giorni dopo il compimento delle formalità e l'invio dei documenti indispensabili;
- b) in caso di invalidità permanente non oltre trenta (30) giorni dopo l'accordo delle Parti in merito al grado di invalidità;
- c) in caso di inabilità temporanea entro trenta (30) giorni dal termine del periodo dell'inabilità temporanea.

Tuttavia, quando un anno dopo l'infortunio lo stato di salute dell'Assicurato non possa essere considerato come definitivo, il grado di invalidità permanente è fissato in via provvisoria, e nel caso di mancato accordo tra le Parti, si provvede in base alla media aritmetica delle percentuali di invalidità proposta dalle Parti.

Al termine del primo anno l'Assicurato potrà pertanto chiedere il pagamento a titolo di anticipo sul pagamento definitivo, di un terzo dell'indennità che spetterebbe in base alle modalità indicate al capoverso precedente.

Si provvede analogamente al termine del secondo anno, nel caso non sia ancora possibile considerare come definitivo il grado di invalidità permanente.

9 Rinuncia alla surrogazione

L'Assicuratore rinuncia ad avvalersi del disposto dell'art. 1916 del Codice Civile verso i responsabili del sinistro che siano il Contraente, le Società del relativo Gruppo ed i rispettivi dipendenti.

10 Mancata accettazione dell'indennizzo

Qualora l'Assicurato o, in caso di morte i beneficiari del medesimo, o soltanto qualcuno di essi, non accettino a completa tacitazione per l'infortunio gli indennizzi dovuti ai sensi della presente polizza ed avanzino verso il Contraente e/o le Società del proprio Gruppo maggiori pretese a titolo di responsabilità civile, detti indennizzi, nella loro totalità vengono accantonati per essere computati nel risarcimento che il Contraente e Società del proprio Gruppo siano tenuti a corrispondere per sentenza o transazione. Qualora l'infortunato o gli anzidetti beneficiari recedano dall'azione di responsabilità civile, o rimangano in essa soccombenti, l'indennità accantonata viene agli stessi pagata.

11 Controversie

In caso di disaccordo sul diritto dell'indennizzo, le parti si obbligano a conferire, per iscritto, mandato di decidere se ed in quale misura sia dovuto l'indennizzo, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un collegio di tre medici, nominato uno per Parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Collegio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove ha sede il Contraente.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese di competenza del terzo.

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 rifiuti di firmare il relativo verbale.

PARTE II

SEZIONE I

| |
|---|
| ASSICURAZIONE CUMULATIVA CONTRO GLI INFORTUNI PER I DIPENDENTI |
|---|

INTRODUZIONE

La polizza dovrà garantire, in base alle condizioni generali e particolari, alle dichiarazioni del Contraente e alle condizioni contenute nella presente Sezione, il pagamento delle somme assicurate per gli infortuni occorsi ai dipendenti della Contraente.

CONDIZIONI

- 1** L'assicurazione vale per tutti i dipendenti della Contraente. In corso di contratto, FINCALABRA S.p.A. può, in qualunque momento, modificare l'elenco degli Assicurati, con conseguente rimborso da parte della Compagnia di Assicurazione del rateo di premio pagato.

- 2** Per quanto riguarda l'assicurazione del caso di morte e di invalidità permanente l'ammontare dei premi annui da corrispondere all'Assicuratore dovrà essere determinato unicamente ed esclusivamente sulla base del totale delle retribuzioni, come meglio definite in ciascuna delle successive sezioni della presente polizza.

- 3** Per il richiamo alle armi (al di fuori dei casi previsti dall'art. 1.5 – parte I Condizioni Particolari della presente polizza), o per aspettativa concessa a norma del Contratto Nazionale di Lavoro, l'assicurazione resta sospesa e nei mesi di detta sospensione non si farà luogo al pagamento del relativo premio.

SEZIONE I A

1 Assicurati

I Dipendenti della Contraente. In corso di contratto, FINCALABRA S.p.A. può, in qualunque momento, modificare l'elenco degli Assicurati, con conseguente rimborso da parte della Compagnia di Assicurazione del rateo di premio imponibile pagato e non goduto.

2 Garanzie

L'assicurazione viene prestata nei seguenti termini:

- caso morte e caso invalidità permanente derivante da infortuni professionali ed extraprofessionali;
- per gli infortuni extraprofessionali la garanzia viene prestata con una franchigia del 2% delle somme assicurate per il caso invalidità permanente.

3 Somme assicurate per ciascun Assicurato

La garanzia è prestata per ciascun Assicurato con le seguenti somme assicurate:

- per il caso di morte: una somma pari a 3 volte la retribuzione annua lorda con il massimo di € 500.000,00;
- per il caso di invalidità permanente: una somma pari a 6 volte la retribuzione annua lorda con il massimo di € 500.000,00.

4 Definizione di retribuzione annua

Per la liquidazione delle indennità si considera retribuzione annua lorda la normale retribuzione spettante alle persone assicurate, comprensiva delle indennità a carattere fisso e continuativo nel mese in cui è avvenuto il sinistro moltiplicato per 12. Al risultato si aggiungerà l'ammontare della eventuali ulteriori mensilità che dovessero essere erogate dalla Contraente.

SEZIONE I – ESTENSIONI DI GARANZIA

A) Malattie tropicali

Limitatamente alla garanzia di invalidità permanente l'assicurazione è estesa alle malattie tropicali che potessero contrarre le persone assicurate durante la loro permanenza in tutti i Paesi della fascia tropicale del globo.

L'estensione è subordinata alla condizione che gli assicurati si trovino in perfette condizioni di salute e che siano stati preventivamente sottoposti alle prescritte pratiche di profilassi.

Per quanto riguarda la presente garanzia resta convenuto che non si darà luogo al risarcimento per invalidità permanente quando questa sia di grado non superiore al 20% della totale; se invece l'invalidità permanente supera il 20% della totale verrà corrisposto il risarcimento integrale sempre in rapporto al grado di invalidità permanente residuo.

B) Rischio volo

1) L'assicurazione comprende gli infortuni subiti dagli Assicurati quali passeggeri trasportati su velivoli a motore autorizzati all'esercizio di traffico aereo civile, anche se i velivoli sono di proprietà di ditte o privati, purché condotti da piloti regolarmente abilitati o su velivoli a motore militari impiegati per il trasporto di passeggeri o civili, in occasione di voli su territori dotati di regolare assistenza al traffico aereo.

2) Qualora più Assicurati utilizzino il medesimo velivolo, la somma assicurata complessiva determinata dall'addizione delle somme previste per i singoli Assicurati non potrà superare euro 15.000.000,00. Tali importi valgono come esborso massimo a carico della Società e verranno ripartiti fra i singoli Assicurati in proporzione delle somme assicurate previste in polizza.

C) Esposizione agli elementi

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

D) Infermità, mutilazioni, difetti fisici

E' espressamente previsto l'esonero dalla denuncia di infermità, difetti fisici e mutilazioni da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire.

Devono essere ammessi al beneficio dell'assicurazione tutti indistintamente gli assicurati indipendentemente dalle loro anormali condizioni di salute e da infermità, difetti fisici, mutilazioni di cui fossero affetti al momento della stipulazione del contratto o che dovessero in seguito sopravvenire.

E) Esonero denuncia altre assicurazioni

L'Assicurato è esonerato dall'obbligo di denuncia di altre assicurazioni.

F) Rimborso spese di ricovero ospedaliero

L'Assicuratore autorizza il rimborso delle spese di ricovero ospedaliero rese necessarie da infortunio indennizzabile ai sensi della polizza e sostenute per onorari medici e chirurgici per rette di degenza in istituto di cura, diritti di sala operatoria e materiale d'intervento, accertamenti diagnostici, terapie fisiche, medicinali, trasporto in autoambulanza all'istituto di cura o all'ambulatorio.

Sono escluse dall'assicurazione le spese relative all'acquisto, alla manutenzione ed alla riparazione di apparecchi protesici e terapeutici nonché quelle relative alle cure dentarie. Il rimborso viene effettuato dalla Società a guarigione clinica ultimata su presentazione da parte dell'Assicurato dei documenti giustificativi, fino alla concorrenza, per ogni sinistro, del limite massimo di Euro 3.000,00.

Se l'Assicurato fruisce dell'assistenza sanitaria sociale, la garanzia fino alla concorrenza della somma assicurata, è prestata per la parte di spesa non sostenuta dall'Ente assistenziale.

G) Danno estetico

Qualora l'infortunio abbia cagionato un danno di carattere estetico e lo stesso risulti non altrimenti indennizzabile in forza del presente contratto, l'Assicuratore riconoscerà il rimborso delle spese di natura medica sostenute dall'Assicurato per la riduzione del danno fino alla concorrenza di Euro 3.000,00.

CALCOLO DEL PREMIO ANNUO LORDO:

RETRIBUZIONE LORDE ANNUE PREVENTIVATE : € 4.300.00,00 x tasso annuo lordo =
Premio Annuo Lordo (soggetto a regolazione premio)