

# CAPITOLATO SPECIALE

## Polizza Infortuni Cumulativa

CIG: 6948307453

**COMUNE DI DOLO**  
Via B. Cairoli, 39  
30031 Dolo (VE)  
Cod. Fisc. 82001910270 - P. IVA 00655760270e

### **Durata della polizza**

**Dalle ore 24.00 del :30/04/2017**  
**Alle ore 24.00 del :30/04/2019**

## DEFINIZIONI

Ai seguenti termini usati in polizza, le Parti attribuiscono il significato qui precisato:

**Assicurato:** il soggetto il cui interesse è protetto all'assicurazione.

**Assicurazione:** il contratto di assicurazione.

**Beneficiario:** In caso di morte gli eredi legittimi o testamentari, in tutti gli altri casi l'Assicurato stesso.

**Comunicazioni alla Società:** quelle effettuate tramite mail certificata (PEC) o altro mezzi certi simili raccomandata, telex, telegrammi, telefax ecc.

**Contraente:** il soggetto che stipula l'assicurazione.

**Decorrenza:** data dalla quale entra in vigore la garanzia assicurativa.

**Franchigia:** importo che viene detratto dall'indennizzo per ciascun sinistro e che rimane a carico dell'Assicurato.

**Gessatura:** mezzo di contenimento immobilizzante costituito da fasce, docce o altri apparecchi e confezionato con gesso o altri materiali.

**Indennizzo:** la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

**Infortunio:** l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni obiettivamente constatabili.

**Istituto di cura:** ospedale, clinica, casa di cura e ogni altra struttura sanitaria di ricovero, ma sono esclusi stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno.

**Limite di indennizzo:** importo massimo, espresso in quota percentuale della somma indennizzo assicurata o in cifra fissa, che la Società è tenuta ad indennizzare per ciascun sinistro o per uno o più sinistri che avvengano in uno stesso periodo di assicurazione.

**Malattia:** alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio che produce necessità di cure.

**Polizza:** il documento che prova l'assicurazione.

**Premio:** la somma dovuta dal Contraente alla Società.

**Ricovero:** degenza in istituto di cura che comporti almeno un pernottamento.

**Rischio:** la probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.

**Scadenza:** data alla quale cessa la garanzia assicurativa.

**Società:** l'impresa assicuratrice.

**Sinistro:** il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.

## CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

### 01) DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente-Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1898 del Codice Civile.

### 02) PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA

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

I premi devono essere pagati alla Società Assicuratrice per il tramite del Broker incaricato della gestione del contratto.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, 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.

### 03) MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Le eventuali modificazione dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

### 04) AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio.

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile.

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

### 05) DIMINUIZIONE DEL RISCHIO DIMINUIZIONE DELLE SOMME ASSICURATE

Nel caso di diminuzione del rischio, la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile e rinuncia al relativo diritto di recesso.

E' in facoltà della Società e del Contraente di domandare in ogni tempo, mediante lettera raccomandata, la diminuzione delle somme assicurate; il premio sarà corrispondentemente ridotto. La diminuzione delle somme assicurate e del premio avranno effetto dalle ore 24 del trentesimo giorno successivo alla data di impostazione della lettera raccomandata.

L'Assicurato e la Società avranno, in ogni caso, il diritto, ove non intendano accettare la diminuzione, di richiedere lo scioglimento del contratto, sempre mediante lettera raccomandata, con effetto dallo stesso trentesimo giorno e con restituzione della parte di premio non consumata, al netto dell'imposta.

### 06) RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni sinistro le Parti possono recedere dall'assicurazione con preavviso di 90 giorni. In tale caso la Società rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso.

### 07) DURATA DELL' ASSICURAZIONE

Il contratto ha la durata indicata in frontespizio e cesserà irrevocabilmente alla scadenza del detto periodo. Tuttavia alle Parti è concessa la facoltà di rescindere il contratto ad ogni scadenza annuale con lettera raccomandata da inviarsi 60 GG prima della suddetta scadenza.

E' inoltre facoltà del Contraente, con preavviso non inferiore a 30 giorni antecedenti la scadenza, richiedere alla Società una proroga temporanea della presente assicurazione, finalizzata all'espletamento od al completamento delle procedure di aggiudicazione della nuova assicurazione. La Società, a fronte della corresponsione del relativo rateo di premio, si impegna sin d'ora a prorogare in tal caso l'assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche per un periodo di 90 giorni decorrenti dalla scadenza.

In caso di proroga dell'assicurazione per il pagamento del relativo premio vale il termine di rispetto contrattualmente previsto per il pagamento del premio.

### 08) - FORMA DELLE COMUNICAZIONI DEL CONTRAENTE ALLA SOCIETÀ

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente è tenuto devono essere fatte a mezzo mail certificata (PEC) o altro mezzo certo (telefax o simili) indirizzata alla Società oppure al Broker al quale il Contraente ha conferito incarico per la gestione della polizza.

## 09) ONERI FISCALI

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

## 10) FORO COMPETENTE

Per le controversie diverse da quelle previste dall'art. 24, il Foro competente è esclusivamente quello nella cui giurisdizione ha sede il Contraente

## 11) RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

## 12) OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro, l'Assicurato e/o il Contraente deve darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società, entro 15 giorni da quando ne ha avuto conoscenza (art. 1913 del Codice Civile).

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (art. 1915 del Codice Civile).

## 13) OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento:

- a) delle attività professionali principali e secondarie;
- b) di ogni altra attività che l'Assicurato svolga senza carattere di professionalità'.

Sono considerati infortunio anche:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti o le intossicazioni conseguenti ad indigestione o da assorbimento di sostanze;
- contatto con corrosivi;
- le affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi, escluso il carbonchio, la malaria e le malattie tropicali;
- l'annegamento;
- l'assideramento o il congelamento;
- la folgorazione;
- i colpi di sole o di calore o di freddo;
- le lesioni determinate da sforzi, esclusi gli infarti e le ernie.

Sono compresi anche gli infortuni:

- subiti in stato di malore o di incoscienza;
- derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- derivanti da tumulti popolari, da atti di terrorismo, vandalici, attentati, sequestri, rapina, azioni di dirottamento, pirateria a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- subiti in stato di ebbrezza, purché non alla guida di veicoli a motore.

Relativamente alle ernie addominali traumatiche la garanzia è operante alle seguenti condizioni:

- a) se l'infortunio determina ernia operabile, verrà corrisposta una indennità per il caso di inabilità temporanea, ove il caso sia contemplato dal contratto, fino ad un periodo di 30 giorni;
- b) nel caso in cui l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile, secondo parere medico, verrà corrisposta un'indennità a titolo di invalidità permanente, ove il caso sia contemplato dal contratto, non superiore al 10% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente assoluta.

Qualora insorga contestazione circa la natura dell'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio medico.

## 14) RISCHI ESCLUSI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- a) dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura o nelle relative prove;
- b) dalla guida di mezzi aerei o subacquei;
- c) dall'uso, anche come passeggero, di velivoli o di mezzi subacquei salvo quanto disposto al successivo art. 14;
- d) dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, immersione con autorespiratore, paracadutismo o sport aerei in genere;
- e) dalla partecipazione a competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere dilettantistico;
- f) da ubriachezza, da uso non terapeutico di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni;
- g) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- h) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- i) da movimenti tellurici, inondazioni o eruzioni vulcaniche, da guerra o insurrezioni;
- j) in connessione con trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente, (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).

I rischi di cui alle lettere a), b), d), ed e) sono compresi in garanzia se l'infortunio deriva dall'esercizio dell'attività lavorativa dichiarata.

## 15) RISCHIO VOLO

Firma per accettazione \_\_\_\_\_

La garanzia è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca, in qualità di passeggero, durante i viaggi aerei di trasporto pubblico o privato passeggeri, su velivoli od elicotteri da chiunque eserciti, esclusi i viaggi effettuati:

- su aeromobili di Società/Aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri;
- su aeromobili in esecenza ad aeroclubs;
- su apparecchi per il volo da diporto o sportivo;

La copertura inizia dal momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e cessa al momento in cui ne discende.

Nel caso di evento che colpisca più Assicurati con la Società l'esborso massimo di quest'ultima non potrà comunque superare i seguenti importi:

- per persona:
  - 1.000.000,00 euro per il caso Morte
  - 1.000.000,00 euro per il caso di Invalidità Permanente totale;
  - 250,00 euro al giorno per il caso di Inabilità Temporanea totale;
- complessivamente per aeromobile:
  - 5.000.000,00 euro per il caso Morte;
  - 5.000.000,00 euro per il caso di Invalidità Permanente totale;
  - 5.000,00 euro per il caso di Inabilità Temporanea totale.

Nell'eventualità che le somme complessivamente assicurate eccedano gli importi sopra indicati, gli indennizzi spettanti in caso di sinistro saranno adeguati con riduzione ed imputazione proporzionale sulle singole assicurazioni. La garanzia di cui al presente articolo non è valida nel caso di polizza con durata inferiore ad un anno

## **16) LIMITE DI ETA'**

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore ai 80 anni. Tuttavia, per le persone che raggiungano tale età in corso di contratto, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio.

## **17) PERSONE NON ASSICURABILI**

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

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

## **18) LIMITI TERRITORIALI**

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

## **19) CAMBIAMENTI DELL'ATTIVITA' PROFESSIONALE**

Se nel corso del contratto si verifica un cambiamento delle attività professionali dichiarate in polizza, si applicano gli artt. 4 e 5. Se il cambiamento dell'attività non comporta né diminuzione né aggravamento di rischio, l'assicurazione prosegue senza variazioni di sorta.

## **20) DENUNCIA DELL'INFORTUNIO ED ONERI RELATIVI**

Fermo quanto previsto dall'art. 11, la denuncia dell'infortunio indicherà luogo, giorno, ora e causa dell'evento e sarà corredata da certificato medico. Il decorso delle lesioni sarà documentato da ulteriori certificati medici. Nel caso d'inabilità temporanea, i certificati saranno rinnovati alle rispettive scadenze. L'Assicurato o in caso di morte il beneficiario, deve consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari.

## **21) CRITERI DI INDENNIZZABILITA'**

La Società corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio. Se al momento dell'infortunio, l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana. In caso di perdita anatomica e funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui all'art. 22 a sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

## **22) MORTE**

L'indennità per il caso di morte è dovuta se la morte stessa si verifica anche successivamente alla scadenza della polizza entro 2 anni dal giorno dell'infortunio. Tale indennità viene liquidata ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali. L'indennità per il caso di morte non è cumulabile con quella di invalidità permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento di un'indennità per invalidità permanente, ma entro 2 anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, gli eredi dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso, mentre i beneficiari hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennità per morte se superiore e quella già pagata per invalidità permanente. E' considerata "Morte" anche il "coma irreversibile" conseguente ad infortunio.

## **23) INVALIDITA' PERMANENTE**

L'indennità per il caso di invalidità permanente è dovuta se l'invalidità stessa si verifica anche successivamente alla scadenza della polizza entro 2 anni dal giorno dell'infortunio. L'indennità per invalidità permanente parziale è calcolata sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, in proporzione al grado di invalidità accertato secondo i criteri e le percentuali seguenti.

Perdita totale, anatomica o funzionale di:

	destro	sinistro
un arto superiore	70%	60%
una mano o un avambraccio	60%	50%
un pollice	18%	16%
un indice	14%	12%
un medio	8%	6%
un anulare	8%	6%
un mignolo	12%	10%
una falange del pollice	9%	8%
una falange di altro dito della mano	1/3 del dito	
un piede	40%	40%
ambidue i piedi	100%	
un alluce	5%	
un altro dito del piede	3%	
una falange dell'alluce	2,5%	
una falange di altro dito del piede	1%	
un arto inferiore al di sopra del ginocchio	60%	
un arto inferiore all'altezza o al di sotto del ginocchio	50%	
un occhio	25%	
ambidue gli occhi	100%	
un rene	20%	
la milza	10%	
sordità completa di un orecchio	10%	
sordità completa di ambedue gli orecchi	40%	
perdita totale della voce	30%	
stenosi nasale bilaterale	15%	
esiti di frattura amielica somatica		
da schiacciamento di vertebre cervicale	10%	
vertebre dorsali	7%	
dodicesima dorsale	12%	
cinque lombari	12%	
esiti di frattura del sacro e del coccige con callo deforme e dolente	5%	

Nei confronti di persone affette da mancinità, le percentuali di invalidità permanente previste per l'arto superiore destro e la mano destra varranno per l'arto superiore sinistro e la mano sinistra e viceversa.

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

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

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

#### 24) CONTROVERSIE E COLLEGIO ARBITRALE

Le divergenze sul grado di invalidità permanente o sul grado o durata dell'inabilità temporanea, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dall'art. 20 sono demandate per iscritto ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed un terzo di comune accordo o, in caso che non sia possibile, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il Collegio medico risiede presso il comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

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

E' data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso ma non oltre 2 anni dall'infortunio, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennità.

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 rifiuta di firmare il relativo verbale.

#### 25) DIRITTO DI SURROGAZIONE

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 del Codice Civile, verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Firma per accettazione \_\_\_\_\_

Firma per accettazione\_\_\_\_\_

## CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE

### 26) PERSONE ASSICURATE E OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Sono assicurate le persone appartenenti alle categorie di seguito indicate.

Relativamente all'oggetto dell'assicurazione, anche in deroga al disposto del primo capoverso - comma a) e comma b) - dell'art.12 delle Condizioni Generali di Assicurazione, la garanzia è operante per gli infortuni precisati per ciascuna categoria di Assicurati.

**Categoria A) Amministratori e Segretario dell'Ente** contraente assicurati per gli infortuni subiti in occasione dell'attività che svolgono per l'espletamento del loro mandato. E' compreso il rischio in itinere ed eventuali trasferte e missioni in genere.

**Categoria B) Conducenti dei veicoli di proprietà dell'Ente**, risultanti dagli appositi registri redatti dalla Contraente, assicurati per gli infortuni subiti in occasione della guida degli stessi per attività e/o missioni di servizio; sono compresi gli infortuni subiti nello svolgimento di attività connesse alla guida del veicolo, ad esempio, gli infortuni subiti quando gli Assicurati attendono ad eventuali riparazioni di fortuna dei veicoli.

**Categoria C) Dipendenti dell'Ente contraente assicurati** per gli infortuni subiti in occasione della guida di veicoli di proprietà o in possesso dei dipendenti stessi, esclusi i veicoli di proprietà dell'Ente contraente o ad esso in uso (leasing e/o locazione) e da loro utilizzati per missioni di servizio; sono compresi gli infortuni subiti nello svolgimento di attività connesse alla guida del veicolo, ad esempio, gli infortuni subiti quando gli Assicurati attendono ad eventuali riparazioni di fortuna dei veicoli. E' compreso il rischio in itinere.

**Categoria D) Componenti il gruppo di volontari di Protezione Civile**, iscritti nell'elenco Volontari di Protezione Civile tenuto presso l'Ente contraente, assicurati per gli infortuni subiti in occasione dello svolgimento delle funzioni di volontari della protezione civile. E' compreso il rischio in itinere ed eventuali trasferte in genere.

**Categoria E) Volontari**, che non rientrano nella categoria E, risultanti dagli appositi registri redatti dalla Contraente, che prestano la loro attività a favore e/o per conto dell'Ente contraente assicurati per gli infortuni subiti in occasione dello svolgimento delle loro funzioni. E' compreso il rischio in itinere ed eventuali trasferte in genere.

**Categoria F) minori in affidamento e in assistenza domiciliare**

Infortuni subiti da minori affidati dall'autorità competente all'assistenza dell'ente e/o di famiglie, anche se portatori di handicap, nell'ambito della vigente normativa in materia.

### 27) SOMME ASSICURATE

Sono assicurate le somme di seguito indicate:

<b>Categoria A)</b> <b>18 AMMINISTRATORI</b> Somme assicurate pro-capite: € 200.000,00 caso morte; € 200.000,00 caso invalidità permanente € 5.000,00 RSS	Premio Lordo pro-capite:  €	
<b>Categoria B)</b> <b>15 VEICOLI</b> Somme assicurate pro-capite: € 200.000,00 caso morte; € 200.000,00 caso invalidità permanente € 5.000,00 RSS	Premio Lordo pro-capite:  €	
<b>Categoria C)</b> <b>KM 1.000</b> Somme assicurate pro-capite: € 200.000,00 caso morte; €200.000,00 caso invalidità permanente € 5.000,00 RSS	Premio Lordo per Km:  €	
<b>Categoria D)</b> <b>28 VOLONTARI</b> Somme assicurate pro-capite: € 200.000,00 caso morte; €200.000,00 caso invalidità permanente €5.000,00 spese di cura € 50,00 diaria ricovero (max 360 gg per sintiro) € 50 diaria gessatura (max 30 gg per sintiro)	Premio Lordo pro-capite:  €	
<b>Categoria E)</b> <b>VOLONTARI</b>	Premio Lordo pro-capite:	attivazione a richiesta

Firma per accettazione \_\_\_\_\_



Somme assicurate pro-capite: € 150.000,00 caso morte; € 150.000,00 caso invalidità permanente € 5.000,00 RSS	€	
<b>Categoria F)</b> <b>2 MINORI</b> Somme assicurate pro-capite: € 100.000,00 caso morte; € 100.000,00 caso invalidità permanente € 5.000,00 RSS	Premio Lordo pro-capite:  €	

### 28) FRANCHIGIA SU INVALIDITA' PERMANENTE

La liquidazione dell'indennizzo per invalidità permanente sarà effettuato applicando una franchigia del 3% sul grado di invalidità permanente riconosciuto.

In caso di invalidità permanente pari o superiore al 20%, la società liquiderà l'indennizzo dovuto senza applicazione di alcuna franchigia.

In caso di invalidità permanente pari o superiore al 60% la Società riconoscerà il 100% del capitale assicurato.

### 29) CALCOLO DEL PREMIO, INDIVIDUAZIONE ASSICURATI e PAGAMENTO REGOLAZIONE PREMIO

Il premio conteggiato in base ai costi finiti (inclusa imposta) sopra indicati, viene anticipato in via provvisoria sui preventivi annui indicati all'art. 27.

Per l'individuazione degli assicurati di cui alle categorie A), B), C) D), E), F), fanno fede le evidenze della contraente.

Si conviene inoltre che eventuali ingressi o uscite avvenute durante l'anno assicurativo in corso sono da considerarsi automaticamente assicurate e fanno fede le documentazioni tenute dal Contraente.

Entro 120 giorni dalla fine di ogni anno di assicurazione il Contraente è tenuto a comunicare alla Società il numero complessivo degli assicurati (o altro dato) affinché la Società stessa possa procedere alla regolazione del premio definitivo

Le differenze attive risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei 30 giorni successivi al ricevimento da parte del Contraente dell'apposita appendice di regolazione emessa dalla Società.

Se la Contraente non effettua, nel termine previsto, la comunicazione di tali dati od il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società ha la facoltà, previa comunicazione alla Contraente a mezzo raccomandata e con 30 giorni di preavviso dalla data di ricevimento della raccomandata, di considerare la garanzia sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto al suo obbligo.

L'eventuale differenza di premio risultante a favore del Contraente deve essere pagata dalla Società entro 30 giorni dalla data di ricevimento, da parte della stessa, della comunicazione scritta con i dati necessari al conteggio del premio effettivamente dovuto per il periodo di assicurazione decorso.

Resta salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente per l'incasso di quanto le spetta.

Relativamente al conteggio del premio effettivamente dovuto per gli assicurati di cui alla categoria A), B), C), D), E), F), si conviene che verrà effettuato sulla base delle variazioni degli Assicurati imputando per ciascun mese o minor periodo di assicurazione 1/12 del premio annuo.

### 30) MORTE PRESUNTA

In deroga al disposto delle Condizioni Generali di Assicurazione si conviene che la Società riconoscerà il risarcimento previsto per il caso di morte considerando l'evento come infortunio se il corpo dell'Assicurato a seguito di scomparsa non venga ritrovato. La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termini degli artt.60 e 62 C.C. . Resta inteso che, se dopo che la Società ha pagato l'indennità, risulterà che l'Assicurato è vivo, la Società avrà diritto alla restituzione della somma pagata; l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita.

### 31) INVALIDITA' PERMANENTE

L'indennizzo per invalidità permanente parziale è calcolato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale in proporzione al grado di invalidità accertato secondo le percentuali e i criteri della tabella allegata al D.P.R.30 giugno 1965 n.1124 e le successive modificazioni, con rinuncia della società all'applicazione della franchigia prevista dalla legge. Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella di cui sopra, l'indennizzo è stabilito con riferimento alle percentuali dei casi indicati tenendo conto dei criteri adottati dall'I.N.A.I.L. per l'accertamento del grado di invalidità permanente da infortunio.

### 32) GRANDI INVALIDITA'

In caso di invalidità permanente pari o superiore al 60% la Società riconoscerà il 100% del capitale assicurato.

### 33) DANNO ESTETICO

In caso di infortunio le conseguenze di carattere estetico non rilevanti ai fini dell'invalidità permanente accertata secondo i criteri esposti dalle condizioni generali di assicurazione, verranno indennizzate secondo il criterio della diminuita integrità psico-fisica (cosiddetto danno biologico), ma con il massimo di indennizzo pari al 5% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente. In caso di disaccordo sulla entità del danno biologico vale quanto stabilito in polizza circa il grado di invalidità permanente.

#### **34) ERNIE DA SFORZO**

La garanzia e' estesa alle ernie da sforzo e alle rotture sottocutanee di tendini anche in deroga e/o integrazione del disposto delle Condizioni generali di assicurazione:

- qualora l'ernia risulti operabile verrà corrisposta un'indennità per il caso di inabilità temporanea e/o indennità giornaliera da ricovero (sempreché previste in polizza) fino a un massimo di 30 giorni;
- qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico verrà corrisposta l'indennità per invalidità permanente (sempreché prevista in polizza), ma per un importo non superiore al 10% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente totale;
- qualora insorga contestazione circa la natura e/o operabilità dell'ernia la decisione è rimessa al Collegio medico di cui alla Norme che regolano l'assicurazione.

Qualora risulti che l'Assicurato era già affetto da detta infermità all'atto della stipulazione della presente polizza, non si farà luogo a indennizzo quando l'invalidità permanente è di grado pari o inferiore al 3% della totale; se il grado di invalidità permanente supera il 3% della totale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente tale percentuale.

Solo relativamente alle rotture sottocutanee di tendini, l'indennizzo non potrà essere superiore al 6% della somma assicurata per l'invalidità permanente, comunque con il massimo di € 15.000,00.

#### **35) RIMBORSO SPESE DI CURA DA INFORTUNIO**

Se l'infortunio, indennizzabile a termini di polizza, comporta spese di cura, la Società – fino a concorrenza del massimale indicato – rimborsa le spese:

- a) per visite mediche, analisi ed esami strumentali e di laboratorio,
  - b) per trattamenti fisioterapici e rieducativi,
  - c) per trasporto sanitario dell'Assicurato, con qualunque mezzo con il limite di 800,00 euro per sinistro,
  - d) per rette di degenza,
  - e) per onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'anestesista di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, per i diritti di sala operatoria e per il materiale d'intervento,
- sostenute nei 360 giorni successivi al sinistro;

la Società rimborsa altresì le spese:

- f) per cure (escluse le protesi) e medicinali sostenute durante il ricovero e nei 90 giorni successivi all'intervento chirurgico o alla cessazione del ricovero.

Il massimale prescelto costituisce il massimo rimborso per persona per uno o più sinistri verificatisi nello stesso anno assicurativo.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del "Servizio Sanitario Nazionale", la Società rimborserà le spese non riconosciute dal precitato Servizio, compresi eventuali ticket, sostenute dall'Assicurato per le prestazioni sopra descritte. I rimborsi vengono effettuati a cura ultimata e dopo presentazione dei documenti giustificativi in originale, in Italia e in valuta corrente.

Qualora l'Assicurato fruisca di altre analoghe assicurazioni private o sociali, la garanzia vale per l'eventuale eccedenza di spese da queste non rimborsate.

#### **36) LIMITE DI INDENNIZZO**

Si conviene che, in caso che un unico sinistro colpisca più Assicurati con la presente polizza, la Società non pagherà per nessun motivo indennizzo complessivo superiore ad € 5.000.000,00

Nell'eventualità che le somme complessivamente assicurate eccedessero l'importo sopra indicato, le indennità spettanti in caso di sinistro ai singoli Assicurati saranno adeguate con riduzione proporzionale.

#### **37) DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E/O DELL'ASSICURATO**

La Società, fermi i criteri di indennizzabilità previsti dalle Condizioni Generali di Assicurazione, rinuncia alle dichiarazioni del Contraente e/o dell'Assicurato richieste dalle Condizioni Generali di Assicurazione e/o dal Codice Civile e in particolare rinuncia alla denuncia dei precedenti e/o di altre circostanze del rischio alla denuncia di difetti fisici e/o mutilazioni e/o infermità degli Assicurati e alla denuncia di altre assicurazioni per lo stesso rischio anche in caso di sinistro.

#### **38) CLAUSOLA BROKER**

Premesso che il Contraente dichiara di aver affidato la gestione del presente contratto alla società Several s.r.l., iscritta al Registro Unico degli Intermediari assicurativi e riassicurativi, sezione B, con il n. B000072556, tra le parti si conviene che, limitatamente al periodo di vigenza dell'accordo che regola tale gestione, tutte le comunicazioni inerenti alla polizza verranno trasmesse dalla Contraente alla Compagnia e viceversa unicamente tramite il broker. Sono valide le forme di contrattualizzazione e comunicazione previste dalla normativa di polizza con estensione al telefax come mezzo di comunicazione valido tra le parti. La Società, inoltre, riconosce il pagamento dei premi effettuato dal Contraente tramite il Broker e dichiara di considerare tale pagamento valido ad ogni effetto e liberatorio per il Contraente. Il compenso spettante al broker è pari al 6% del premio di polizza.

### 39) – ADEGUAMENTO NORMATIVO LEGGE 136/2010 E D.LGS 50/2016.

Per il pagamento del premio, sia il Broker che la Società si impegnano ad ottemperare agli obblighi previsti in materia di tracciabilità dei flussi finanziari previsti dall'art. 3 della legge 136/2010. A tale scopo, a pena di risoluzione del contratto, si impegnano ad utilizzare conti correnti bancari o postali dedicati.

La Società dichiara inoltre di non trovarsi in situazioni costituenti causa di esclusione dalla partecipazione a procedure di affidamento di appalti di lavori pubblici, servizi e forniture ed in particolare l'inesistenza di tali situazioni determinate con riferimento a quanto previsto dall'art. 80 del D.Lgs n. 50/2016, e successive modifiche ed integrazioni.

### 40) - OBBLIGO DI FORNIRE DATI SULL'ANDAMENTO DEL RISCHIO

La Società alle scadenze annuali, si impegna a fornire al Contraente il dettaglio dei sinistri così suddiviso:

- a) sinistri denunciati;
- b) sinistri riservati (con l'indicazione dell'importo riservato);
- c) sinistri liquidati (con indicazione dell'importo liquidato);
- d) sinistri respinti.

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

### 41) – COASSICURAZIONE E DELEGA

L'assicurazione è ripartita per quote tra le Società indicate nel riparto del premio; ciascuna di esse è tenuta alla prestazione in proporzione della rispettiva quota, quale risulta dal contratto. In caso di inadempienza di una delle Società partecipanti al rischio, la relativa quota verrà ripartita fra le rimanenti che avranno facoltà, una volta liquidata l'indennità, di rivalersi nei confronti della Società che non ha adempiuto ai propri obblighi.

Le imprese assicuratrici hanno convenuto di affidarne la delega alla Società designata in frontespizio della presente polizza; di conseguenza, tutti i rapporti, anche in sede giudiziaria, inerenti alla presente assicurazione faranno capo sia dal punto di vista attivo che passivo alla Delegataria la quale provvederà ad informarle.

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 stragiudiziale e giudiziale 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.

Pertanto la firma apposta dalla Società Delegataria sui Documenti di Assicurazione, li rende ad ogni effetto validi anche per le quote delle Coassicuratrici.

### 42) – RIPARTO DI COASSICURAZIONE

Il rischio viene ripartito tra le seguenti Società secondo le percentuali qui di seguito indicate :

<b>Società</b>	<b>Agenzia</b>	<b>Percentuale di ritenzione</b>
===	===	===