



Azienda Servizi Igiene Ambientale Napoli S.p.A.

POLIZZA INFORTUNI

Durata:	dalle ore 24.00 del	31.12.2013
	alle ore 24.00 del	31.12.2016
Frazionamento:	Trimestrale	

SEZIONE A - POLIZZA INFORTUNI CUMULATIVA**DEFINIZIONI E DESCRIZIONE DELL'ATTIVITA'****Art. 1 - Definizioni**

Assicurazione:	Il contratto di assicurazione
Polizza:	Il documento che prova l'assicurazione;
Contraente:	Il soggetto che stipula l'assicurazione riportato nel frontespizio della presente polizza.
Assicurato:	La persona fisica o giuridica il cui interesse è protetto dalla Assicurazione
Beneficiario:	In caso di morte gli eredi legittimi o testamentari, in tutti gli altri casi l'assicurato stesso.
Società:	L'impresa assicuratrice nonché le coassicuratrici;
Premio:	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
Rischio:	la probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.
Sinistro:	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
Indennizzo:	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Franchigia:	La parte di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.
Scoperto:	La parte percentuale di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.
Annualità assicurativa o periodo assicurativo:	Il periodo pari o inferiore a 12 mesi compreso tra la data di effetto e la data di scadenza o di cessazione dell'assicurazione.
Infortunio:	ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte e/o una invalidità permanente e/o una inabilità temporanea.
Invalidità permanente:	la diminuita capacità o la perdita definitiva ed irrimediabile della capacità generica ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato.
Inabilità temporanea:	la perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato di attendere alle attività professionali dichiarate
Istituto di cura:	l'ospedale pubblico, la clinica, la casa di cura sia accreditati presso il Servizio Sanitario Nazionale che privati, legalmente riconosciuti e regolarmente autorizzati al ricovero dei malati, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno
Ricovero:	la degenza in Istituto di cura che comporti almeno un pernottamento.
Massimale per sinistro	la massima esposizione della Società per sinistro.

Art. 2 – Identificazione degli Assicurati

La presente polizza viene stipulata per tutte le categorie, riportate alla Sezione /A/6 della presente polizza, per le quali il Contraente ha l'obbligo od interesse ad attivare la copertura assicurativa e vale per gli infortuni subiti dagli Assicurati in occasione della partecipazione all'attività della Contraente o nello svolgimento delle mansioni dichiarate dal Contraente stesso.

Per le categorie identificate come automaticamente coperte alla Sezione A/6 e art. 30 non si farà luogo ad alcuna comunicazione da parte del Contraente ritenendosi gli Assicurati coperti fin dalla decorrenza della presente polizza.

SEZIONE A.1 NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE**Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio**

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

Il Contraente deve comunicare alla Società ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 C.C.. La Società ha peraltro il diritto di percepire la differenza di premio corrispondente al maggior rischio a decorrere dal momento in cui la circostanza si è verificata.

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

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

Art. 2 - Assicurazione presso diversi Assicuratori

E' data facoltà al Contraente di non comunicare altre assicurazioni che avesse in corso o che stipulasse in futuro con altre imprese per gli stessi rischi assicurati con il presente contratto di assicurazione.

Il presente contratto di assicurazione s'intende stipulato indipendentemente ed in aggiunta alle assicurazioni obbligatorie previste per gli infortuni sul lavoro dalle leggi vigenti e da quelle eventuali future.

Il Contraente è inoltre esonerato dal denunciare le assicurazioni a favore dei propri dipendenti a cui fosse tenuto per legge o per disposizioni aventi comunque carattere obbligatorio, delle quali la presente costituisce un complemento, pur essendo completamente separata ed indipendente.

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

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

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

Art. 3 - Durata del contratto

L'assicurazione decorre dalle ore 24.00 del 31/12/2013 e termina alle ore 24.00 del 31/12/2016 senza tacito rinnovo.

Art. 4 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

Il Contraente è tenuto a pagare il premio del rateo iniziale di perfezionamento, dal 31/12/2013 fino al 31/03/2014, entro settantacinque giorni dalla decorrenza della polizza, altrimenti ha effetto dalle ore 24.00 del giorno di pagamento, salvo diversi accordi fra le Parti.

Le rate di premio, con scadenza trimestrale, successiva alla prima devono essere pagate entro le ore 24.00 del settantacinquesimo giorno dopo quello della scadenza.

Trascorso tale termine, salvo accordi fra le Parti, la garanzia sarà sospesa e riprenderà dalle ore 24.00 del giorno del pagamento.

Resta fermo il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Art. 5 – Regolazione del premio

Poiché il premio è convenuto in tutto o in parte in base ad elementi di rischio variabile, esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza (sez. A/6 e art. 30) 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.

A tale scopo entro 90 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione 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 nei 90 giorni successivi al ricevimento da parte del Contraente dell'apposita appendice ritenuta corretta di regolazione emessa dalla Società.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti od il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società le rate successive vengono considerate 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 24.00 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.

In caso di mancata comunicazione dei dati di regolazione o di mancato pagamento del premio di congruaggio non dovuti a comportamento doloso del Contraente, gli eventuali sinistri potranno essere indennizzati nella stessa proporzione esistente tra il premio versato a deposito e l'intero premio dovuto (deposito più congruaggio).

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie gli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società deve fissargli lo stesso termine di 30 giorni trascorso il quale, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, la Società stessa non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

La Società ha il diritto di effettuare verifiche e controlli per i quali il Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie.

Art. 6 - Recesso a seguito di sinistro

Dopo ogni sinistro e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o dal rifiuto dell'indennizzo, la Società ed il Contraente hanno facoltà di recedere dal contratto con preavviso di 120 (centoventi) giorni da darsi con lettera raccomandata. Il computo dei 120 giorni decorre dalla data di ricevimento della suddetta raccomandata da parte del Contraente.

In ambedue i casi di recesso la Società rimborserà al Contraente i ratei di premio pagati e non goduti, escluse le imposte entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso.

Tale recesso comporterà automaticamente la risoluzione da tutti gli altri contratti aggiudicati con la medesima gara d'appalto alla successiva scadenza annuale.

Art. 7 - Modifiche dell'assicurazione

Le eventuali modifiche alla presente polizza debbono essere provate per iscritto.

Art. 8 - Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente è tenuto devono essere fatte con lettera raccomandata (anche a mano) od altro mezzo certo (telefax o simili) indirizzata alla Società.

Art. 9 - Oneri fiscali

Tutti gli oneri fiscali, presenti e futuri, relativi al premio, agli indennizzi, alla polizza ed agli atti da essa dipendenti, sono a carico del Contraente anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

Art. 10 - Foro competente

Per le controversie relative al presente contratto è competente, esclusivamente, l'autorità giudiziaria del luogo della sede del Contraente.

Art. 11 - Interpretazione del contratto

Si conviene fra le Parti che verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole all'Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di polizza.

Art. 12 - Titolarità dei diritti nascenti dal contratto

Le azioni, le ragioni ed i diritti nascenti dalla polizza non possono essere esercitati che dal Contraente e dalla Società. Spetta in particolare al Contraente compiere gli atti necessari all'accertamento ed alla liquidazione dei danni. L'accertamento e la liquidazione dei danni così effettuati sono vincolanti anche per l'Assicurato, restando esclusa ogni sua facoltà di impugnativa. L'indennizzo liquidato a termini di polizza non può tuttavia essere pagato se non nei confronti e con il consenso dei titolari dell'interesse assicurato.

E' data tuttavia facoltà al Contraente di richiedere il subentro dell'Assicurato in tutti gli atti necessari alla gestione e liquidazione del sinistro. L'accertamento e la liquidazione dei danni così effettuati sono vincolanti anche per il Contraente, restando esclusa ogni sua facoltà di impugnativa.

Art. 13 - Obbligo di fornire i dati sull'andamento del rischio

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

- a) sinistri denunciati;
- b) sinistri riservati (con indicazione dell'importo a riserva);
- c) sinistri liquidati (con indicazione della data e dell'importo liquidato);

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

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

La documentazione di cui sopra dovrà essere fornita al Contraente mediante supporto informatico (foglio elettronico) compatibile ed utilizzabile dal Contraente stesso per l'analisi e/o disamina di gruppi di sinistri affini.

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

Art. 14 - Coassicurazione e delega

L'assicurazione è ripartita per quota tra le Società indicate nel riparto allegato.

Resta confermato che in caso di sinistro ognuna delle coassicuratrici concorrerà al pagamento dell'indennizzo in proporzione alla quota da essa assicurata, esclusa ogni responsabilità solidale.

La Società delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle coassicuratrici indicate nel riparto a firmare gli atti sopraindicati anche in loro nome e per conto e ciò vale anche per il presente atto.

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

Art. 15 -Variazione della persona del contraente

In caso di alienazione o cessione dell'Azienda, il Contraente o gli aventi causa devono, entro il termine di 15 giorni dal loro verificarsi, comunicarlo alla Società, la quale nei successivi 30 giorni ha facoltà di recedere dal contratto dandone comunicazione con preavviso di 15 giorni

Art. 16 - Rinvio alle norme di legge

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

SEZIONE A.2 RISCHI COPERTI**Art.1 – Oggetto dell'assicurazione**

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio delle attività dichiarate dal Contraente, compreso il rischio in itinere che abbiano per conseguenza la morte o un'invalidità permanente.

L'assicurazione vale altresì per le garanzie di cui ai seguenti artt. 2, 3 e 4 della presente Sezione purché richiamate per le singole categorie di Assicurati alla Sezione A/6.

Si ritengono invece automaticamente prestate per tutti gli Assicurati le garanzie di cui ai seguenti artt. 5, 6, 7, 8, 9, 10 e 11 della presente Sezione.

Sono compresi in garanzia anche:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti o le intossicazioni conseguenti ad ingestione od assorbimento di sostanze;
- contatto con corrosivi;
- le affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi;
- l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento;
- la folgorazione;
- i colpi di sole o di calore o di freddo;
- le lesioni (esclusi gli infarti) determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico;
- gli infortuni derivanti da aggressioni in genere;
- gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismi, attentati, sequestri, rapine, azioni di dirottamento o di pirateria a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- gli infortuni derivanti da malore ed incoscienza;
- gli infortuni derivanti da imprudenza, imperizia 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 in caso di guida sia in possesso, ove prescritto, di regolare patente di abilitazione alla guida medesima;
- gli infortuni causati da forze della natura compresi terremoto, maremoto, eruzione vulcanica, alluvioni, inondazioni, frane, smottamenti, valanghe, slavine;
- 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;
- ernie addominali da sforzo e strappi muscolari derivanti da sforzo;
- ernie traumatiche.

Art. 2 – Rimborso spese mediche

La Società garantisce, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza e fino alla concorrenza del massimale espresso per la singola categoria nell'apposita scheda della Sezione A/6, il rimborso degli onorari dei medici e dei chirurghi, delle rette di degenza in ospedali e case di cura, delle spese per accertamenti diagnostici, esami di laboratorio e terapie fisiche..

Art. 3 – Diaria per ricovero

La Società corrisponde, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza, l'indennità giornaliera indicata nella scheda della Sezione A/6 fino al limite ivi stabilito, per ogni giorno di degenza, effettuato in Istituti di Cura pubblici, accreditati o privati in Italia o all'estero. Al fine del computo dei giorni di degenza, il giorno di entrata e quello di uscita sono computati come un singolo giorno.

Art. 4 – Diaria per Inabilità Temporanea

La Società corrisponde, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza che comporti una inabilità dell'Assicurato ad attendere le sue occupazioni professionali o abituali, l'indennità giornaliera indicata nella scheda della Sezione A/6 fino al limite ivi stabilito per ogni giorno di inabilità.

Art. 5 – Spese di trasporto a carattere sanitario

La Società rimborsa, fino al limite di € 2.500,00, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza i costi eventualmente sostenuti per il trasporto dal luogo dell'infortunio ad un Istituto di Cura attrezzato, il trasporto tra Istituti di Cura e dall'Istituto di Cura al domicilio dell'Assicurato a mezzo autoambulanza.

Art. 6 – Rientro sanitario

La garanzia è estesa al rimborso, fino al limite di € 2.500,00 delle spese sostenute dall'Assicurato in caso di infortunio che lo colpiscano nel corso di una missione o viaggio disposto dal Contraente e che rendano necessario il suo trasporto

con qualsiasi mezzo ritenuto idoneo in ospedale attrezzato in Italia.

Art. 7 – Rimpatrio salma (valido in Italia e all'estero)

La garanzia è estesa al rimborso delle spese sostenute per il rimpatrio della salma dell'Assicurato, in caso di decesso a seguito di infortunio o malattia che lo colpiscano nel corso di una missione o viaggio disposto dal Contraente, fino al luogo di sepoltura e ciò fino alla concorrenza di € 2.500,00.

Art. 8 – Danni estetici

Si conviene che in caso di infortunio non escluso dalle Condizioni della presente polizza, che produca conseguenze di carattere estetico al viso, ma che non comporti indennizzo a titolo di invalidità permanente, la Società rimborserà comunque le spese documentate sostenute dall'Assicurato per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico, nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica, il tutto entro il limite di € 2.500,00 per evento.

Art. 9 – Rischio aeronautico

L'assicurazione comprende gli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei effettuati in qualità di passeggero di velivoli ed elicotteri eserciti da società di traffico regolare, esclusivamente durante il trasporto di passeggeri, ed è prestata per le somme corrispondenti a quelle assicurate con la presente polizza e per rischi da essa previsti. Restano in ogni caso esclusi i voli effettuati su velivoli ed elicotteri eserciti da aeroclubs.

Il cumulo delle somme assicurate, con questa garanzia o con altre assicurazioni, da chiunque stipulate a favore degli stessi Assicurati per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni, non potrà superare le somme assicurate:

- € 1.032.913,00 per il caso di invalidità permanente
- € 1.032.913,00 per il caso morte

per persona e di:

- € 5.000.000,00 per il caso di invalidità permanente
- € 5.000.000,00 per il caso di morte

complessivamente per aeromobile.

In detta limitazione per aeromobile rientrano i capitali riferentesi ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze infortuni, unicamente se stipulate dallo stesso Contraente.

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

Art. 10 – Rischio guerra

A parziale deroga del disposto dell'Art.1 Sezione 3, la garanzia viene estesa agli infortuni avvenuti all'estero (escluso comunque il territorio della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino) derivanti da stato di guerra civile, guerra, invasione, atti nemici, ostilità (sia che la guerra sia dichiarata e no), per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di eventi bellici mentre si trova all'estero.

SEZIONE A.3 ESCLUSIONI**Art. 1 – Esclusioni**

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni occorsi:

1. in occasione di eventi direttamente connessi allo stato di guerra dichiarata o non dichiarata;
2. durante la guida e l'uso di mezzi di locomozione aerea e la guida di mezzi subacquei, salvo quanto previsto all'art. 9, Sezione 2;
3. in conseguenza di dolo o di azioni delittuose dell'Assicurato;
4. sotto influenza di stupefacenti, psicofarmaci ed allucinogeni assunti volontariamente fatto salvo se dietro prescrizione medica;
5. da stato di ubriachezza alla guida di veicoli o natanti a motore in genere;
6. in conseguenza diretta od indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche.

Art. 2 – Persone escluse dall'assicurazione o non assicurabili

Non sono coperte dalla presente polizza :

1. fatto salvo patto speciale, le persone di età superiore a 75 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;

2. 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, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS). L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi.

SEZIONE A.4 GESTIONE DEI SINISTRI**Art. 1 – Denuncia del sinistro e relativi obblighi**

La denuncia dell'infortunio dovrà contenere l'indicazione del luogo, del giorno e dell'ora dell'evento, nonché le cause che lo hanno determinato, dovrà essere corredata di certificato medico ed indirizzata alla Società, entro il 15° giorno lavorativo dall'infortunio o dal momento in cui il Contraente, l'Assicurato od i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità.

Avvenuto l'infortunio, l'Assicurato deve ricorrere alle cure di un medico e seguirne le prescrizioni.

Successivamente l'Assicurato deve inviare, periodicamente e sino a guarigione avvenuta, certificati medici sul decorso delle lesioni, nonché le fatture, notule e ogni altro documento comprovante le spese mediche o farmaceutiche sostenute e rimborsabili.

Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, dovrà essere dato immediatamente avviso alla Società a mezzo telefax e/o telegramma.

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

Art. 2 – 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 derivante dalle condizioni preesistenti.

a) MORTE

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

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

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

b) MORTE PRESUNTA

La Società dichiara che se il corpo dell'Assicurato non venisse trovato entro un anno a seguito di arenamento, affondamento e naufragio del mezzo di trasporto aereo, lacustre, fluviale o marittimo, fermo restando quanto previsto dalle Condizioni di Assicurazione, verrà riconosciuto l'indennizzo previsto per il caso di morte, considerando l'evento di cui sopra come infortunio.

Quando sia stato effettuato il pagamento delle indennità ed in seguito l'Assicurato ritorni o si abbiano di lui notizie sicure, la Società ha diritto alla restituzione delle intere somme pagate e relative spese, e l'Assicurato stesso potrà fare valere i diritti che eventualmente gli sarebbero spettati nel caso avesse subito lesioni indennizzabili a norma della presente polizza.

Le lesioni corporali causate dall'esposizione agli elementi della natura dovuti ad un atterraggio di fortuna, arenamento, affondamento o naufragio del mezzo di trasporto sopra richiamato, sono peraltro garantite dalla presente polizza.

c) INVALIDITA' PERMANENTE

Se ad un infortunato in conseguenza di un infortunio verrà riconosciuta un'invalidità permanente e questa si verificherà - anche successivamente alla scadenza di polizza - ma comunque entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquiderà per tale titolo e solo in questo caso un'indennità calcolata sulla somma assicurata al momento dell'infortunio per l'invalidità permanente, come segue:

- la valutazione del grado di Invalidità Permanente sarà effettuata facendo riferimento alla Tabella allegata al D.P.R. del 30.06.1965 n. 1124 e alle successive eventuali modificazioni, con rinuncia alle franchigie relative stabilite, con l'intesa che le percentuali indicate nella Tabella anzidetta vengano riferite ai capitali assicurati per il caso di invalidità permanente e che gli indennizzi saranno pagati in capitale anziché in rendita;
- in caso di invalidità permanente pari o superiore al 50% del totale, verrà corrisposto un indennizzo pari al 100% della somma assicurata per invalidità permanente;
- se l'Assicurato risulta mancino il grado d'invalidità per il lato destro sarà applicato al sinistro e viceversa.;
- nel caso in cui l'Assicurato subisca un infortunio ad un arto superiore o ad una mano o ad un avambraccio e risultasse che questi erano gli unici perfettamente integri o tali che venissero usati come "destri" si dovrà tenere conto di ciò anche nella valutazione del grado di invalidità permanente.

d) DIARIE

Qualora sia provato che l'infortunio ha causato l'inabilità temporanea o il ricovero, la Società con riferimento alla natura ed alla conseguenza delle lesioni riportate dall'Assicurato, liquida l'indennità giornaliera, se prevista per la categoria, integralmente.

L'indennità cessa con il giorno dell'avvenuta guarigione risultante dal certificato medico; se però l'Assicurato non trasmette tale certificato, viene considerata data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato medico regolarmente inviato. L'indennità viene corrisposta per il periodo massimo previsto alla Sezione A/6 della presente polizza.

Le diarie non sono cumulabili tra loro. In caso indennizzabilità per più diarie, è data facoltà all'Assicurato, di scegliere la liquidazione di quella avente durata o importo liquidabile maggiore.

e) SPESE MEDICHE

La Società, in caso d'infortunio rientrante nella garanzia prestata, anche se non determinante la morte o l'invalidità permanente, rimborsa all'Assicurato, fino alla concorrenza dell'importo convenuto con il massimo di quanto stabilito alla Sezione A/6, le spese sostenute.

Le spese verranno liquidate a presentazione di fatture, notule, ecc.. La liquidazione potrà avvenire anche se non si è verificata la completa guarigione dell'Assicurato.

Art. 3 – Controversie

In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità dell'infortunio nonché sulla misura dei rimborsi o sulla liquidabilità delle indennità, le Parti si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere se ed in quale misura siano dovuti i rimborsi e le indennità a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo dalle Parti di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio medico.

Il collegio medico risiede ove ha sede l'Assicurato/Contraente.

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

Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono obbligatorie per le parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale.

Art. 4 – Liquidazione dell'indennità

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquiderà l'indennità che risulti dovuta, ne darà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvederà al pagamento.

L'indennità viene corrisposta in Italia in Euro.

Art. 5 - Rinuncia all'azione di surroga

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto all'azione di surroga che potesse competerle per l'art.1916 C.C. verso i responsabili dell'infortunio.

SEZIONE A.5 GARANZIE AGGIUNTIVE**Art. 1 - Invalidità Permanente da Malattia**

L'assicurazione vale per le categorie di Assicurati per i quali alla Sezione A/6 è richiamata la presente garanzia.

Art. 1.1 - Oggetto dell'assicurazione:

L'assicurazione vale per i casi di Invalidità Permanente conseguente a malattia manifestatasi nel corso del contratto oppure manifestatasi entro un anno dalla cessazione del contratto.

E' considerata invalidità permanente da malattia la perdita totale o riduzione parziale, definitiva e irrimediabile, della capacità all'esercizio dell'attività propria dell'assicurato e di ogni altro lavoro confacente alle sue attitudini e abitudini.

Art. 1.2 - Esclusioni

Sono escluse dall'assicurazione le invalidità permanenti preesistenti alla data di decorrenza del contratto.

Sono escluse le invalidità permanente derivanti direttamente o indirettamente da:

- uso a scopi non terapeutici di psicofarmaci, stupefacenti od allucinogeni;
- trasmutazione del nucleo dell'atomo, ovvero radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- guerra od insurrezioni;
- malattie mentali;
- sindrome da immunodeficienza acquisita.

Art. 1.3 - Criteri di indennizzabilità:

D'accordo fra le parti si prende atto che il grado di invalidità permanente sarà determinato a fine malattia, in qualunque momento si verificasse, comunque non oltre il 18° mese dalla denuncia della malattia.

Tale termine verrà rispettato dalla Società per la determinazione del grado di invalidità permanente, anche se la malattia non avesse terminato il suo decorso.

La visita fiscale verrà effettuata contemporaneamente dal medico dell'Assicurato e dal medico della Società, i quali definiranno e concorderanno il grado di invalidità permanente indicate nella tabella allegata a D.P.R. del 30.06.65 n. 1124 e successive modificazioni.

Nessuna indennità spetta quando l'invalidità permanente accertata sia di grado inferiore al 25% della totale.

Quando l'invalidità permanente accertata sia invece di grado pari o superiore al 25%, la Società liquida un'indennità calcolata sulla somma assicurata in base alle percentuali di cui alla tabella che segue.

Percentuale invalidità permanente accertata	Percentuale da applicare sulla somma assicurata
Dal 25% al 30%	15%
Dal 31% al 35%	30%
Dal 36% al 45%	40%
Dal 46% al 54%	70%
Dal 55% al 100%	100%

Art. 2 - Determinazione dell'indennità

Per la liquidazione dell'indennità viene considerata retribuzione annua dell'infortunato quella percepita nei dodici mesi che precedono il mese in cui si è verificato l'evento.

Per gli infortunati che non abbiano raggiunto l'anno di servizio e per quelli assunti temporaneamente, è considerata retribuzione annua quella che si ottiene moltiplicando per 365 la retribuzione giornaliera media attribuibile all'infortunato per il periodo decorrente dal giorno di assunzione in servizio fino al giorno dell'infortunio.

In caso di invalidità permanente che riduca almeno del 50% la capacità lavorativa del dirigente assicurato, valutata in base alla tabella allegata al D.P.R. 1124 del 30/6/1965 e sempre che non sia obiettivamente possibile la prosecuzione del rapporto di lavoro, sarà considerata invalidità permanente totale.

Art. 3 - Malattie Professionali

L'assicurazione viene estesa anche alle malattie professionali (intendendosi come tali quelle indicate nella tabella annessa al D.P.R. del 30.06.65 n. 1124 e successive modifiche) che si manifestino nel corso di validità della presente polizza e che riducano l'attitudine generica al lavoro.

SEZIONE A.6 SOMME ASSICURATE, FRANCHIGIE, SCOPERTI E CALCOLO DEL PREMIO**Art. 1 – Somme assicurate, franchigie e scoperti**

L'assicurazione è prestata alle condizioni tutte della presente polizza per le persone appartenenti alle categorie di seguito indicate, e per le garanzie e massimali specifici della singola categoria.

Art. 1.1 - Amministratori

L'Assicurazione è prestata per gli infortuni verificatisi a causa ed in occasione dell'espletamento di tutte le attività e funzioni connesse alla carica, ivi comprese quelle esercitate in enti o società collegate e/o controllate dal Contraente. E' incluso il "rischio in itinere" nonché tutti gli spostamenti necessari all'espletamento degli incarichi loro assegnati, effettuati anche con mezzi di trasporto pubblici e privati.

Sono quindi esclusi dalla garanzia gli infortuni verificatisi nell'espletamento dell'attività professionale privata di ciascun assicurato, e quelli relativi a qualsiasi attività extraprofessionale.

Ciascun Amministratore si intende assicurato per i seguenti capitali:

Garanzia	Massimale
Caso Morte	€ 600.000,00
Caso Invalidità Permanente da Infortunio	€ 700.000,00
Rimborso Spese Mediche	€ 2.582,00
Diaria giornaliera da ricovero	€ 51,00

Franchigia

L'indennizzo per invalidità permanente verrà riconosciuto senza applicazione di alcuna franchigia.

Art. 1.2 - Dirigenti

L'assicurazione è prestata per tutto il personale dipendente della Contraente appartenente alla categoria Dirigenti per gli infortuni che gli assicurati subiscano nello svolgimento di ogni attività, sia professionale che extraprofessionale, 24 ore su 24.

La presente sezione di garanzia viene assicurata in base alle retribuzioni

Agli effetti assicurativi per retribuzioni s'intende tutto quanto, al lordo delle ritenute, il dirigente effettivamente riceve in compenso delle sue prestazioni, comprese indennità fisse, i premi, le gratificazioni, i compensi speciali di qualsiasi natura, le indennità di disagio, di missione, la tredicesima e l'eventuale quattordicesima.

Ciascun Dirigente si intende assicurato per i seguenti capitali:

Garanzia	Massimale
Caso Morte	5 volte la retribuzione annua col massimo di € 600.000,00
Caso Invalidità Permanente da Infortunio	6 volte la retribuzione annua col massimo di € 700.000,00
Diaria giornaliera da ricovero	€ 51,00
Rimborso Spese Mediche	€ 2.582,00
Invalidità Permanente da malattia	€ 5.164,00

Franchigia L'indennizzo per invalidità permanente verrà riconosciuto senza applicazione di alcuna franchigia.

Art. 2 – Calcolo del premio e modalità di applicazione della regolazione

Il Contraente versa, a titolo di deposito premio convenuto, l'importo riportato nella seguente tabella "scomposizione del premio" rappresentante il totale degli importi per singola categoria calcolati sulla base dei tassi e premi sotto riportati.

Al termine di ogni annualità la Società calcola il premio dovuto sulla base delle variazioni comunicate dalla Contraente in sede di regolazione, il cui pagamento verrà effettuato ai sensi dell'art.5 Sezione A/1 della presente polizza.

Essendo l'assicurazione prestata in forma non nominativa in base al numero degli assicurati ed altri elementi variabili riportati per ogni categoria all'art.1 della presente Sezione la regolazione del premio sarà effettuata in base agli elementi variabili di polizza presi a base per la determinazione del premio. Non vi è obbligo per la Contraente di comunicare in corso di periodo assicurativo le variazioni del numero delle persone o delle retribuzioni lorde .

Categoria	Tipo dato variabile	Montante dato variabile	Premio lordo pro-capite o tasso lordo applicato	Totale
Art. 1.1 Amministratori	Numero Assicurati	03	€	€
Art. 1.2 Dirigenti	Retribuzioni Annue Lorde	€ 600.000,00	€	€
TOTALE				€

Art. 3 – Calcolo del premio

Il premio annuo anticipato dovuto dalla Contraente viene così calcolato:

Scomposizione del premio:

Premio annuo imponibile	€
Imposte	€
TOTALE	€

Art. 3.1 – Liquidazione del Premio

Il premio annuo lordo sarà liquidato in rate trimestrali con le seguenti modalità:

Rata iniziale		dal 31.12.2013		Al 31.03.2014			
Premio netto	Accessori	Premio imponibile		Imposte	Premio lordo		
€	€	€		€	€		
Rate successive		Trimestrali		dal 31.03.2014			
Premio netto	Accessori	Premio imponibile		Imposte	Premio lordo		
€	€	€		€	€		

Art. 4 – Rescindibilità Annuale

Al termine di ogni anno assicurativo (31/12) è data facoltà alle parti di recedere dal contratto con preavviso di 120 giorni dalla scadenza annuale mediante lettera raccomandata. Tale recesso comporterà automaticamente la risoluzione da tutti gli altri contratti aggiudicati con la medesima gara d'appalto.

L'ASSICURATO**LA COMPAGNIA**

SEZIONE B – INFORTUNI DEI CONDUCENTI

DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intende per:

per CONTRAENTE:	Azienda Servizi Igiene Ambientale Napoli S.p.A.
per ASSICURATO:	Il Soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione;
per ASSICURATORI:	L'impresa o il gruppo di imprese assicuratrici che prestano l'assicurazione;
per ASSICURAZIONE:	il contratto di assicurazione;
per POLIZZA:	il documento che prova l'assicurazione;
per PREMIO:	la somma dovuta alle Imprese Assicuratrici;
per RISCHIO:	la probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne;
per SINISTRO:	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prevista l'assicurazione;
per INDENNITA':	la somma dovuta dalle Imprese di Assicurazione in caso di sinistro;
per FRANCHIGIA:	la parte del danno indennizzabile, espressa in cifra fissa, che rimane a carico dell'Assicurato;

POLIZZA INFORTUNI

Le norme dattiloscritte qui di seguito annullano e sostituiscono integralmente tutte le eventuali condizioni riportate a stampa, dagli Assicuratori, che quindi si devono intendere abrogate e prive di effetto.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – Buona fede

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 del Codice Civile.

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

Art. 2 - Modifiche dell'assicurazione

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

Art. 3 - Aggravamento del rischio

L'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento di rischio.

Gli aggravamenti di rischio non noti alla Società o non accettati dalla stessa 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, salvo quanto previsto all'art.1 delle presenti condizioni generali di assicurazione.

Art. 4 - Diminuzione del rischio

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premi successivi alla comunicazione dell'Assicurato (art.1897 del Codice Civile) e rinunciano al relativo diritto di recesso.

Art. 5 - Oneri fiscali

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

Art. 6 - Foro competente

Per le controversie diverse da quelle previste dall'art. 28, il foro competente è esclusivamente quello della sede legale del Contraente.

Art. 7 - Rinvio alle norme di legge

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

Art. 8 - Altre assicurazioni

E' data facoltà al Contraente di non comunicare altre assicurazioni che avesse in corso o che stipulasse in futuro con altre imprese per gli stessi rischi assicurati con il presente contratto di assicurazione.

Il presente contratto di assicurazione s'intende stipulato indipendentemente ed in aggiunta alle assicurazioni obbligatorie previste per gli infortuni sul lavoro dalle leggi vigenti e da quelle eventuali future.

Art. 9 – Decorrenza e durata dell'assicurazione - Pagamento del premio

L'assicurazione decorre dalle ore 24.00 del 31/12/2013 e termina alle ore 24.00 del 31/12/2016 senza tacito rinnovo.

Il Contraente è tenuto a pagare il premio del rateo iniziale di perfezionamento, dal 31/12/2013 fino al 31/03/2014, entro settantacinque giorni dalla decorrenza della polizza, altrimenti ha effetto dalle ore 24.00 del giorno di pagamento, salvo diversi accordi fra le Parti.

Le rate di premio, con scadenza trimestrale, successiva alla prima devono essere pagate entro le ore 24.00 del settantacinquesimo giorno dopo quello della scadenza.

Trascorso tale termine, salvo accordi fra le Parti, la garanzia sarà sospesa e riprenderà dalle ore 24.00 del giorno del pagamento.

Resta fermo il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Art. 10 - Obbligo di fornire i dati sull'andamento del rischio

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

- a) sinistri denunciati;
- b) sinistri riservati (con indicazione dell'importo a riserva);
- d) sinistri liquidati (con indicazione della data e dell'importo liquidato);

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

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

La documentazione di cui sopra dovrà essere fornita al Contraente mediante supporto informatico (foglio elettronico) compatibile ed utilizzabile dal Contraente stesso per l'analisi e/o disamina di gruppi di sinistri affini.

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

Art. 11 - Interpretazione della polizza

Si conviene fra le parti che verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole all'Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di polizza.

Art. 12 - Variazione della persona del contraente

In caso di alienazione o cessione dell'Azienda, il Contraente o gli aventi causa devono, entro il termine di 15 giorni dal loro verificarsi, comunicarlo alla Società, la quale nei successivi 30 giorni ha facoltà di recedere dal contratto dandone comunicazione con preavviso di 15 giorni

Art. 13 - Rescindibilità annuale

Al termine di ogni anno assicurativo (31/12) è data facoltà alle parti di recedere dal contratto con preavviso di 120 giorni dalla scadenza annuale mediante lettera raccomandata. Tale recesso comporterà automaticamente la risoluzione da tutti gli altri contratti aggiudicati con la medesima gara d'appalto.

Art. 14 - Coassicurazione e delega

L'assicurazione è ripartita per quota tra le Società indicate nel riparto allegato.

Resta confermato che in caso di sinistro ognuna delle coassicuratrici concorrerà al pagamento dell'indennizzo in proporzione alla quota da essa assicurata, esclusa ogni responsabilità solidale ai sensi dell'art. 1911 C.C.

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

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

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI**Art. 15- Oggetto dell'assicurazione**

La garanzia di cui alla presente polizza s'intende valida per gli infortuni occorsi al conducente durante ed in conseguenza dell'uso dei veicoli di proprietà/comodato d'uso della Contraente.

Automezzi assicurati.: complessivamente n° 689

Sono compresi in garanzia, sempre che avvenuti a causa o in occasione delle attività sopra specificate, anche:

- contatto con corrosivi;
- l'assideramento o congelamento;
- la folgorazione;
- i colpi di sole o di calore;
- le ernie traumatiche, le lesioni (esclusi gli infarti) determinate da sforzi muscolari aventi
- carattere traumatico;
- gli infortuni derivanti da imprudenza e negligenza o colpa grave;
- 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;

Art. 16 - Esclusioni

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

- ◆ partecipazione a gare e corse (e relative prove) ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo, dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove) che comportano l'uso o la guida di veicoli a motore e natanti, salvo che si tratti di regolarità pura;
- ◆ gli infortuni derivanti da guerra e insurrezioni, da delitti dolosi compiuti o tentati all'Assicurato;
- ◆ 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;
- ◆ gli infortuni derivanti dall'abuso di psicofarmaci o da uso non terapeutico di stupefacenti od allucinogeni;
- ◆ 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;
- ◆ le conseguenze di operazioni chirurgiche e di accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio.
- ◆ in conseguenza di dolo o di azioni delittuose dell'Assicurato

ESTENSIONI DI GARANZIA**Art. 17 - Morte presunta**

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termine del contratto di assicurazione, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato, e si presume sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà ai beneficiari indicati nel contratto di assicurazione il capitale previsto per il caso di morte.

La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi 6 mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta ai termini degli artt.60 e 62 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 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 due anni dall'evento subito e, quindi, senza che si possano da parte della Società invocare eventuali termini di prescrizione, che, al più decorreranno da quel momento.

Art. 18 - Limiti di età

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore ai 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. 19 – Esonero denuncia preesistenti infermità

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

Sono ammessi, quindi, al beneficio dell'assicurazione tutti i soggetti come indicato all'art. 21 ciò indipendentemente dalle loro eventuali condizioni anormali di salute e dalle infermità, minorazioni fisiche o mutilazioni delle quali gli Assicurati stessi risultassero affetti al momento della stipula o che sopravvenissero successivamente, salvo i casi previsti al 1 comma dell'art. 21 e secondo i criteri di quanto previsto all'art. 23 delle presenti condizioni di polizza.

Pertanto, in caso di sinistro, l'indennizzo sarà calcolato in base ai criteri sanciti dal presente contratto.

Art. 20 - Esonero denuncia generalità degli assicurati - Regolazione del premio

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, libri che questi si impegna ad esibire in qualsiasi momento, insieme ad ogni altro documento probatorio in suo possesso a semplice richiesta delle persone incaricate dalla Società di fare accertamenti e controlli.

Il premio conteggiato, viene anticipato in via provvisoria sul numero di **689** veicoli e calcolato in ragione di 1/365 per ogni giornata di garanzia.

La Società è tenuta entro novanta giorni dalla scadenza annuale ad emettere appendice di regolazione premio per le variazioni relative alle eventuali immissioni, dismissioni o sospensioni di veicoli assicurati intervenute nell'annualità assicurativa precedente o del minor periodo assicurativo.

Il Contraente sarà tenuto al pagamento del conguaglio entro novanta giorni dalla data di ricezione dell'appendice di regolazione.

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie all'obbligo di pagamento della regolazione del premio, la Società, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per gli infortuni accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

Art. 21 – Persone non assicurabili

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza o dalle seguenti infermità mentali:

⇒ sindrome 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. 22 - 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 15 (quindici) giorni lavorativi 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. 23 - 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 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 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.

Art. 24 - 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.

Art. 25 - 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 modifiche, 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 dalla citata 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 misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, 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 30gg.
- ◆ se l'ernia non risulta operabile, la Società corrisponderà l'indennità fino al 10% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente.

Qualora insorga contestazione circa l'operabilità o meno dell'ernia, la decisione sarà rimessa al Collegio Arbitrale di cui al successivo art.28.

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 proficuo indipendentemente dalla sua professione.

Art. 26 - Rimborso spese di cura a seguito di infortunio

Per la cura delle lesioni causate da infortunio indennizzabile a termini di polizza, la Società rimborsa - fino alla concorrenza del massimale assicurato - le spese sostenute:

in caso di ricovero, per la degenza in Istituto di cura (onorari dei Medici, cure mediche, esami, diritti di sala operatoria, materiali di intervento compreso l'acquisto di apparecchi protesici e terapeutici, trattamenti riabilitativi, rette di degenza).

Qualora le spese di ricovero siano interamente a carico del Servizio Sanitario Nazionale, la Società - in sostituzione del rimborso - liquida una diaria di € 52,00 per ogni pernottamento e per un massimo di 100 pernottamenti.

Art. 27 - 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 in Napoli. 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. 28 - Rinuncia alla rivalsa

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi causa al diritto spettante all'Assicuratore, che abbia pagato l'indennità, di surrogarsi (vedi art.1916 C.C.) nei diritti dell'Assicurato, che potrà così esercitarli integralmente nei confronti dei terzi responsabili.

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. 29 – Anticipata risoluzione del contratto

E' data facoltà ad entrambe le parti (Assicurato e Assicuratori) di recedere dal contratto dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o dal rifiuto dell'indennizzo con un preavviso mediante lettera raccomandata di almeno 120 giorni.

In caso di recesso la Società assicuratrice sarà tenuta, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso stesso, al rimborso della parte di premio imponibile relativo al periodo non goduto di copertura assicurativa.

Tale recesso comporterà automaticamente la risoluzione da tutti gli altri contratti aggiudicati con la medesima gara d'appalto alla successiva scadenza annuale.

SOMME ASSICURATE PER OGNI PERSONA:

MORTE	€ 154.937,00
INVALIDITA' PERMANENTE	€ 154.937,00
RIMBORSO SPESE MEDICHE	€ 2.582,00

FRANCHIGIA: l'indennizzo in caso di invalidità permanente viene liquidato con una franchigia pari al 3%.

Art. 30 – Calcolo del premio

Il premio annuo anticipato dovuto dalla Contraente viene così calcolato:

Categoria	Tipo dato variabile	Montante dato variabile	Premio lordo pro-capite o tasso lordo applicato	Totale
Conducenti	Numero Assicurati	689	€	€

Scomposizione del premio:

Premio annuo imponibile	€
Imposte	€
TOTALE	€

Art. 31 – Liquidazione del Premio

Il premio annuo lordo sarà liquidato in rate trimestrali con le seguenti modalità:

Rata iniziale	dal 31.12.2013	Al 31.03.2014
---------------	----------------	---------------

Premio netto	Accessori	Premio imponibile	Imposte	Premio lordo
€	€	€	€	€

Rate successive	Trimestrali	dal 31.03.2014
-----------------	-------------	----------------

Premio netto	Accessori	Premio imponibile	Imposte	Premio lordo
€	€	€	€	€

L'ASSICURATO**LA COMPAGNIA**

