

AMIA VERONA S.P.A.

Azienda Multiservizi di Igiene Ambientale

LOTTO 6
Capitolato tecnico dell'assicurazione

INFORTUNI

Decorrenza ore 24.00 del 31/12/2026
Scadenza ore 24.00 del 31/12/2029

CIG....

Sommario

SEZIONE 1. NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE	5
1.1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – Buona fede	5
1.2 Decorrenza della garanzia e pagamento del premio	5
1.3 - Revisione dei prezzi	5
1.4 Modifiche dell'assicurazione	6
1.5 Durata del contratto	6
1.6 Rinvio alle norme di legge	6
1.7 Produzione di informazioni sui sinistri	6
1.8 Interpretazione del contratto	7
1.9 Oneri fiscali.....	7
1.10 Foro competente	7
1.11 Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società.....	7
1.12 Coassicurazione e delega	7
1.13 Clausola Broker	7
1.14 Obblighi della Società relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari.....	8
1.15 Trattamento dei dati personali	8
SEZIONE 2. NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI	9
2.1 Oggetto dell'assicurazione.....	9
2.2 Estensione dell'assicurazione	9
2.3 Rischio volo.....	9
2.4 Rischio di guerra all'estero.....	9
2.5 Estensione territoriale	10
2.6 Esclusioni	10
2.7 Limiti di età	10
2.8 Persone non assicurabili.....	10
2.9 Denuncia del sinistro e relativi obblighi	10
2.10 Criteri di indennizzabilità.....	10
2.11 Morte	10
2.12 Morte presunta	11
2.13 Invalidità permanente	11
2.14 Inabilità temporanea (se assicurata).....	11
2.15 Indennità di ricovero a seguito di infortunio (se assicurata).....	12
2.16 Cumulo di indennità	12
2.17 Controversie	12
2.18 Rinuncia alla rivalsa.....	12
2.19 Responsabilità del contraente.....	12
2.20 Esonero denuncia condizioni degli Assicurati	12
2.21 Esonero denuncia generalità degli Assicurati	13
2.22 Esonero denuncia altre assicurazioni	13
2.23 Limite catastrofale	13
SEZIONE 3. NORME PARTICOLARI	14
3.1 Limitazione dell'assicurazione agli infortuni da attività specifiche.....	14
3.2 Clausola categoria Dirigenti.....	14
3.3 Supervalutazione per invalidità permanente grave	14
3.4 Danni estetici.....	15
3.5 Rimborso spese sanitarie	15
3.6 Spese di soccorso, ricerca e salvataggio.....	15
3.7 Rimpatrio salma	15
3.8 Malattie tropicali	15
3.9 Rischio in itinere	15
3.10 Malattie professionali	16
3.11 Regolazione del premio	16

AMIA VERONA S.p.A.
Capitolato tecnico dell'assicurazione infortuni cumulativa

SCHEDA DI POLIZZA	17
Sezione A – Amministratori	18
Sezione B – Dirigenti	19
Sezione C – Dipendenti e altri soggetti alla guida di mezzi di trasporto privati (non aziendali)	20
Sezione D – Dipendenti e altri soggetti alla guida di mezzi di trasporto aziendali affidati a titolo di "benefit" ai dipendenti	21
Sezione E – Volontari	22

DEFINIZIONI

Ai seguenti termini, le Parti attribuiscono il significato qui precisato

Assicurato

Il soggetto nel cui interesse è stipulata l'assicurazione.

Broker incaricato

Howden Assiteca S.p.A. - Sede Legale in Milano, Via Costanza Arconati, 1 e Sede Operativa in Livorno Piazza Damiano Chiesa, 41 mandatario incaricato dal Contraente per la gestione ed esecuzione del contratto, quale intermediario ai sensi dell'art. 109 comma 2 lett. b) del D.Lgs. n. 209/2005.

Compagnia e/o Società

L'Impresa Assicuratrice.

Contraente

Il soggetto che stipula l'assicurazione riportato sul frontespizio della presente polizza.

Franchigia

Parte del danno indennizzabile che rimane a carico dell'Assicurato.

Inabilità temporanea

Temporanea incapacità di attendere alle occupazioni professionali svolte.

Infortunio

Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, un'inabilità permanente o un'inabilità temporanea

Ingessatura

Mezzo di contenzione costituito da fasce gessate o altri apparecchi comunque immobilizzanti e applicati in istituti di cura o ambulatori medici.

Indennizzo

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Istituti di cura

Ospedali, cliniche, case di cura, regolarmente autorizzati al ricovero dei malati, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno.

Inabilità permanente

Perdita o diminuzione definitiva e irrimediabile della capacità a un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione svolta.

Polizza

Il contratto di assicurazione.

Periodo assicurativo annuo

L'intera annualità assicurativa o il minor periodo di durata dell'assicurazione.

Premio

La somma dovuta alla Società.

Ricovero

Degenza in istituto di cura che comporti il pernottamento o la degenza diurna (Day Hospital) di almeno 6 ore continuative.

Rischio

La probabilità che si verifichi il sinistro.

Sinistro

Il verificarsi del fatto dannoso previsto in polizza.

SEZIONE 1. NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

1.1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – Buona fede

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato all'atto della stipulazione del contratto e relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, così come la mancata comunicazione di successive circostanze o di mutamenti che aggravino il rischio, non comporteranno decadenza dal diritto all'indennizzo, né riduzione dello stesso, né cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893, 1894 e 1898 c.c., sempre che il Contraente e/o l'Assicurato non abbiano agito con dolo.

La Società ha peraltro il diritto di percepire la differenza di premio corrispondente al maggior rischio non valutato per effetto di circostanze non note, a decorrere dal momento in cui la circostanza si è verificata e sino all'ultima scadenza di premio.

A parziale deroga all'art. 1897 c.c., nei casi di diminuzione del rischio la riduzione di premio sarà immediata e la Società rimborserà la corrispondente quota di premio pagata e non goduta (al netto delle imposte) entro 60 giorni dalla comunicazione, rinunciando allo scioglimento del contratto e alla facoltà di recesso a essa spettante a termini del sopra richiamato art. 1897 c.c.

1.2 Decorrenza della garanzia e pagamento del premio

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza, anche in pendenza del pagamento del premio di prima rata sempre che detto pagamento, in deroga all'art. 1901 C.C., avvenga entro i 60 giorni successivi. In mancanza di pagamento l'assicurazione resterà sospesa dal 61° giorno fino alle ore 24 del giorno di pagamento.

Se il Contraente non paga i premi per le rate successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 60° giorno dopo quello della rispettiva scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze e il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti (art. 1901 C.C.).

I premi saranno pagati alla Società o all'agenzia alla quale è assegnata la polizza, anche per il tramite del Broker incaricato.

Il termine temporale concesso per i pagamenti dei premi di prima rata e delle rate successive deve intendersi operante anche relativamente alle appendici di variazione emesse a titolo oneroso, fermo quanto diversamente normato dalla clausola di regolazione del premio, ove prevista.

Il termine di mora di cui sopra, in deroga all'art. 1901 c.c., vale anche per le scadenze delle rate successive ed inoltre qualora il Contraente si avvalga della facoltà di ripetizione del servizio o proroga.

Ai sensi dell'art. 48 del DPR 602/1973 la Società dà atto che l'Assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuate dal Contraente ai sensi del D. M. E. F. del 18 Gennaio 2008 n°40, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'art. 3 del Decreto.

Inoltre, il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi ai sensi dell'art. 72 bis del DPR 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 c.c. nei confronti della Società stessa.

1.3 - Revisione dei prezzi

Il punto di partenza per il calcolo delle revisioni prezzi è l'aggiudicazione (cfr. parere MIT n. 3698 del 2.10.2025 e art. 12 dell'Allegato II.2 bis al D.lgs. 36/2023).

Soglia di attivazione – misura della revisione

Qualora, nel corso di esecuzione del contratto, al verificarsi di particolari condizioni di natura oggettiva, si determini una variazione, in aumento o in diminuzione, del costo del servizio superiore al 5% dell'importo complessivo, i prezzi saranno aggiornati, nella misura dell'80% del valore eccedente la variazione del 5% applicata alle prestazioni da eseguire (art. 60, comma 2, lett. b del d.lgs. 36/2023).

Il costo del servizio sarà oggetto di revisione sulla base degli indici delle retribuzioni contrattuali orarie di cui all'art. 60, comma 3, lett. b) d.lgs. 36/2023, rilevati annualmente dall'ISTAT (indici di riferimento).

La stazione appaltante monitorerà l'andamento dei predetti indici di riferimento con frequenza annuale, al fine di valutare se sussistono le condizioni per l'attivazione della clausola di revisione prezzi (art. 3, comma 1 Allegato II.2 bis del Codice).

Revisione automatica

La clausola di revisione dei prezzi sarà attivata automaticamente dalla stazione appaltante, anche in assenza di istanza di parte, quando la variazione degli indici supererà, in aumento o diminuzione, la soglia del 5% dell'importo del contratto quale risultante dal provvedimento di aggiudicazione e sarà applicata nella misura dell'80% del valore eccedente la variazione del 5%, applicata alle prestazioni da eseguire dopo l'attivazione della clausola di revisione (art. 3, commi 2 e 3 Allegato II.2 bis del Codice).

La variazione è calcolata come differenza tra il valore degli indici di riferimento al momento della rilevazione e il corrispondente valore all'anno del provvedimento di aggiudicazione.

In caso di sospensione o proroga dei termini di aggiudicazione nelle ipotesi di cui all'art. 1, commi c), d), e e) dell'Allegato I.3 del Codice, il valore di riferimento per il calcolo della variazione è quello relativo al mese di scadenza del termine massimo per l'aggiudicazione, come individuato dall'art. 1, commi 1 e 2 del predetto Allegato.

Se dovessero verificarsi le condizioni per l'attivazione della clausola di revisione prezzi, la stazione appaltante provvederà a comunicare il relativo provvedimento a firma del RUP - contenente l'importo revisionato, in aumento o in diminuzione - all'indirizzo PEC indicato nel contratto dall'aggiudicatario.

Non è ammessa la revisione prezzi unilateralmente applicata dall'Assicuratore.

Qualora le previsioni del presente articolo non garantiscano il principio di conservazione dell'equilibrio contrattuale, le parti procederanno alla rinegoziazione secondo buona fede, fatta salva la facoltà per ciascuna delle parti di invocare, ove ne ricorrano i presupposti, la risoluzione per eccessiva onerosità sopravvenuta (art. 2, comma 2 Allegato II.2 bis del Codice).

1.4 Modifiche dell'assicurazione

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

1.5 Durata del contratto

Il contratto ha la durata indicata in frontespizio e cesserà irrevocabilmente alla scadenza del detto periodo senza obbligo di disdetta e con esclusione del tacito rinnovo.

Su espressa richiesta scritta del Contraente, al fine di consentire l'espletamento della procedura per l'aggiudicazione di un nuovo contratto, la Società s'impegna tuttavia a prorogare ai sensi dell'art.120 c.11 del D.lgs. 36/2023, l'assicurazione alle condizioni economiche e normative in corso, per il tempo necessario alla conclusione della procedura ma non oltre 180 giorni.

Nel caso di contratto di durata poliennale, ciascuna delle parti ha la facoltà di recedere dal contratto medesimo a ogni scadenza annua intermedia, mediante comunicazione scritta, da inviarsi all'altra parte almeno 90 giorni prima della scadenza del periodo assicurativo annuo in corso.

In caso di recesso da parte della Società, previa richiesta del Contraente, la stessa è obbligata a concedere una proroga per un periodo massimo di 90 giorni.

Si precisa che per avere effetto la predetta comunicazione di recesso della Società dovrà essere obbligatoriamente corredata dal dettaglio aggiornato dei sinistri articolato come specificato al successivo art. 1.7 "Produzione di informazioni sui sinistri", fatto salvo il diritto del Contraente di chiedere ed ottenere successivi aggiornamenti.

1.6 Rinvio alle norme di legge

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

1.7 Produzione di informazioni sui sinistri

1. La Società, a semplice richiesta del Contraente ed entro 20 (venti) giorni dal ricevimento della stessa, 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 dell'importo liquidato);
 - d. sinistri senza seguito;
 - e. sinistri respinti.
2. La documentazione di cui sopra dovrà essere fornita al Contraente mediante supporto informatico compatibile e utilizzabile dal Contraente stesso.
 3. Gli obblighi precedentemente descritti devono intendersi validi fino alla completa definizione dei sinistri denunciati.
 4. La Società si impegna a fornire ogni altra informazione disponibile, relativa al contratto assicurativo in essere che il Contraente, d'intesa con la Società, ritenga utile acquisire nel corso della vigenza del contratto.

1.8 Interpretazione del contratto

Il presente capitolato normativo abroga e sostituisce ogni diversa previsione degli stampati della Società eventualmente uniti all'assicurazione, restando convenuto che la firma apposta dal Contraente sui detti stampati vale esclusivamente quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio fra le Società eventualmente partecipanti alla coassicurazione. Ciò premesso, si conviene fra le parti che in caso di dubbia interpretazione delle norme contrattuali verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole al Contraente/Assicurato.

1.9 Oneri fiscali

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

1.10 Foro competente

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

1.11 Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società

Si conviene tra le parti che tutte le comunicazioni alle quali le parti sono contrattualmente tenute saranno considerate valide se fatte dall'una all'altra parte con lettera raccomandata o e-mail o telefax o pec o altro strumento idoneo ad assicurarne la provenienza.

1.12 Coassicurazione e delega

Se l'assicurazione è ripartita per quote tra più Società coassicuratrici, rimane stabilito che:

- ciascuna di esse è tenuta alla prestazione in proporzione della rispettiva quota, quale risulta dal contratto stesso, restando tuttavia inteso che la Società coassicuratrice designata quale delegataria è tenuta in via solidale alla prestazione integrale e ciò in espressa deroga all'art. 1911 c.c.;
- tutte le comunicazioni inerenti al contratto, ivi comprese quelle relative al recesso e alla disdetta, devono trasmettersi dall'una all'altra parte unicamente per il tramite della Società coassicuratrice Delegataria e del Contraente e ogni comunicazione si intende data o ricevuta dalla Società Delegataria anche nel nome e per conto di tutte le Coassicuratrici;
- i premi di polizza verranno corrisposti dal Contraente unicamente nei confronti della Società Delegataria per conto di tutte le coassicuratrici;
- con la firma del presente contratto, le Coassicuratrici conferiscono mandato alla Società Delegataria per firmare i successivi documenti contrattuali e compiere tutti i necessari atti di gestione anche in loro nome e per loro conto; pertanto, la firma apposta su detti documenti dalla società Delegataria li rende validi a ogni effetto anche per le coassicuratrici (per le rispettive quote), senza che da queste possano essere opponibili eccezioni o limitazioni di sorta.

Relativamente ai premi scaduti, la delegataria potrà sostituire le quietanze delle Società coassicuratrici, eventualmente mancanti, con altra propria rilasciata in loro nome e per loro conto.

1.13 Clausola Broker

1. Il Contraente dichiara di avvalersi, per la gestione e l'esecuzione del presente contratto - ivi compreso il pagamento dei premi - dell'assistenza e della consulenza del broker. Pertanto, a parziale deroga delle norme che regolano l'assicurazione, il Contraente e la Società si danno

reciprocamente atto che ogni comunicazione inerente l'esecuzione del presente contratto – con la sola eccezione di quelle riguardanti la cessazione del rapporto assicurativo - dovrà essere trasmessa, dall'una all'altra parte, unicamente per il tramite del Broker.

2. Per effetto di tale pattuizione ogni comunicazione fatta alla Società dal Broker, in nome e per conto del Contraente, si intenderà come fatta da quest'ultimo e, parimenti, ogni comunicazione inviata dalla Società al Broker si intenderà come fatta al Contraente. Resta inteso che il Broker gestirà in esclusiva per conto del Contraente il contratto sottoscritto, per tutto il permanere in vigore dell'incarico di brokeraggio, con l'impegno del Contraente a comunicarne alla Società l'eventuale revoca ovvero ogni variazione del rapporto che possa riguardare il presente contratto. Non viene meno il potere della Contraente di corrispondere direttamente i premi o di formulare comunicazioni direttamente alla compagnia.
3. La Società, inoltre, riconosce che il pagamento dei premi e delle eventuali regolazioni potrà essere fatto, come di norma sarà effettuato, dal Contraente tramite il Broker sopra designato; resta intesa l'efficacia liberatoria, anche a termine dell'art. 1901 del Codice Civile, del pagamento così effettuato. Con ciò non è esclusa la possibilità del contraente di corrispondere direttamente i premi.
4. Il Broker invierà alla Società delegataria, a mezzo telefax le relative comunicazioni d'incasso e la Società riterrà valida agli effetti della copertura assicurativa la data di spedizione risultante dalla data di invio del telefax.
5. I premi incassati dal Broker verranno versati alla Società entro il giorno 10 del mese successivo a quello dell'incasso, fermi restando i termini temporali della copertura.
6. La remunerazione del broker, che ha eseguito le attività di cui sopra, è a carico della Compagnia nella misura, in percentuale sul premio imponibile, del 10%.

1.14 Obblighi della Società relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari

In ottemperanza all'articolo 3 della Legge numero 136 del 13 agosto 2010, la Stazione Appaltante, la Società e, ove presente, l'intermediario, assumono gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari per la gestione del presente contratto.

In tutti i casi in cui le transazioni finanziarie siano eseguite senza avvalersi di banche o della società Poste Italiane Spa, il presente contratto si intende risolto di diritto.

Se la Società, il subappaltatore o l'intermediario hanno notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria, procedono all'immediata risoluzione del rapporto contrattuale. Questa circostanza deve essere comunicata alla stazione appaltante e alla Prefettura-Ufficio territoriale del Governo competente per territorio.

1.15 Trattamento dei dati personali

La Società, in qualità di titolare del trattamento dei dati personali, si impegna al rispetto delle vigenti disposizioni normative in materia di obblighi di riservatezza e di trattamento dei dati personali con particolare riguardo alle garanzie in materia di trattamento delle categorie particolari di dati personali e dei dati personali relativi a condanne penali e reati di cui agli artt. 9 e 10 del Regolamento UE 2016/679.

In particolare, ai sensi di quanto prescritto all'art. 6, par.1, lett. b), del Regolamento (UE) 2016/679, è fatto obbligo alla Società di utilizzare i dati acquisiti solo per le finalità previste dal contratto assicurativo, essendo precluso qualsiasi altro trattamento a fini diversi, quale ad esempio il marketing.

Al riguardo, la stessa si impegna a fornire ogni idonea documentazione comprovante il rispetto delle vigenti disposizioni normative in materia, ivi inclusa copia della propria informativa sulla privacy sottoposta a contraenti ed assicurati ai sensi degli artt. 13 e 14 del già citato Regolamento (UE) 2016/679.

SEZIONE 2. NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

2.1 Oggetto dell'assicurazione

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

- a) delle attività professionali principali e secondarie, nonché delle eventuali diverse attività professionali non dichiarate che, in base alle effettive caratteristiche del rischio, non avrebbero determinato alcun aumento del premio; attività derivanti da ragioni di servizio e/o di incarico e/o mandato ricevuto; attività svolte per altre società o enti pubblici a seguito di comando del Contraente;
- b) di ogni altra attività che non abbia carattere professionale, di incarico o di mandato.

2.2 Estensione dell'assicurazione

Sono compresi nell'assicurazione:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti acuti e le intossicazioni acute e/o lesioni prodotte da ingestione di cibo o di altre sostanze;
- le morsicature, le punture e le ustioni causate da animali e/o vegetali in genere, nonché le infezioni tetaniche conseguenti ad infortuni risarcibili a termine di polizza;
- le alterazioni patologiche conseguenti a morsi di animali e punture di insetti o aracnidi, esclusa la malaria;
- l'annegamento;
- le conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche o di altre cure rese necessarie da infortunio;
- l'assideramento o congelamento, la folgorazione, i colpi di sole o di calore e altre influenze termiche ed atmosferiche;
- le ernie traumatiche e gli strappi muscolari derivanti da sforzo;
- gli infortuni sofferti in conseguenza di contatto con corrosivi;
- gli infortuni sofferti in stato di malore o incoscienza;
- gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza o sotto l'effetto di sostanze stupefacenti, purché l'assunzione di queste ultime abbia comprovato carattere terapeutico, esclusi quelli sofferti alla guida di mezzi di locomozione;
- gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- gli infortuni derivanti da movimenti tellurici ed altre calamità naturali, nonché, a condizione che l'Assicurato non abbia preso parte attiva a tali eventi, gli infortuni derivanti da aggressioni, tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismo e attentati;
- gli infortuni derivanti dalla pratica non professionale di qualsiasi sport, ad eccezione del paracadutismo e sports aerei in genere.

2.3 Rischio volo

L'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi in aereo, turistici o di trasferimento, effettuati in qualità di passeggero, su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti tranne che:

- da società e/o aziende di lavoro aereo, in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;
- da aereoclubs;

Il viaggio aereo si intende iniziato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aereomobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso.

2.4 Rischio di guerra all'estero

La garanzia viene estesa agli infortuni derivanti da stato di guerra, insurrezione, invasione, atti nemici, ostilità (sia che la guerra sia dichiarata o non), se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero e ciò per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità.

2.5 Estensione territoriale

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

Gli eventuali indennizzi saranno corrisposti in Italia e in Euro.

2.6 Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti:

- a) dalla guida di mezzi di locomozione aerei;
- b) da corse e gare - e relative prove - comportanti l'uso di veicoli a motore o natanti a motore, salvo si tratti di regolarità pura;
- e) da reati dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, salvo gli atti compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- f) da guerra o insurrezione, salvo quanto previsto alla norma "rischio di guerra all'estero";
- g) da trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche.

2.7 Limiti di età

L'assicurazione, salvo diversa pattuizione risultante in polizza, non vale per le persone di età superiore a 75 anni. Tuttavia, per le persone che raggiungono tale età in corso di contratto, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla scadenza annuale successiva.

2.8 Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone affette da infermità mentali che incidano sulla capacità di intendere e di volere, da alcoolismo o da tossicodipendenza. L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi.

2.9 Denuncia del sinistro e relativi obblighi

La denuncia dell'infortunio, con la descrizione dell'evento e delle cause che lo determinano, corredata anche successivamente di certificato medico, deve essere fatta per iscritto alla Società entro 30 giorni dal sinistro o dal momento in cui il Contraente o l'Assicurato o i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità. Successivamente il Contraente o l'Assicurato devono inviare certificati medici sul decorso delle lesioni.

Nel caso di inabilità temporanea, i certificati dovranno essere rinnovati. In caso di mancato rinnovo, la liquidazione dell'indennità viene fatta considerando data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che la Società possa stabilire una data diversa. L'Assicurato o - in caso di morte - il beneficiario, devono consentire le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dalla Società.

2.10 Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennizzo 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 considerati 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 questo avesse interessato una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivato dalle condizioni preesistenti, fermo quanto stabilito dalla norma "Invalidità permanente".

2.11 Morte

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifichi entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida ai beneficiari designati la somma assicurata per il caso di morte. In difetto di designazione, la Società liquida la detta somma, in parti uguali, agli eredi.

2.12 Morte presunta

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato e si presume sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà ai beneficiari il capitale previsto per il caso di morte. La liquidazione non avverrà prima che sia trascorso un anno dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termini degli artt. 60 e 62 del Codice civile. Nel caso che successivamente al pagamento risulti che la morte non si è verificata o che comunque non è dipesa da infortunio indennizzabile, la Società avrà diritto al rimborso dell'intera somma liquidata. A restituzione dell'intera somma liquidata, l'Assicurato non deceduto potrà far valere i propri diritti per l'Invalidità eventualmente subita o residua, anche se nel frattempo fossero trascorsi altri due anni dall'evento subito e quindi senza che possano, da parte della Società, essere invocati eventuali termini di prescrizione che, tutt'al più, decorreranno da quel momento.

2.13 Invalidità permanente

Se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente e questa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida per tale titolo, secondo le disposizioni seguenti, una indennità calcolata sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, secondo le percentuali previste dalla tabella di cui all'allegato 1 alla Legge 30.06.1965 n. 1124 e successive modifiche e integrazioni in vigore fino al 24/07/2000, con rinuncia della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge e con la pattuizione che, qualora per la quantificazione del danno siano previste tabelle per la parte destra e per la parte sinistra del corpo, troverà comunque applicazione la tabella prevista per la parte destra, indipendentemente dalla parte colpita dal sinistro.

La perdita totale e irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali sopra indicate 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%.

Per le singole falangi terminali delle dita della mano, escludendo il pollice, si considera invalidità permanente soltanto l'asportazione totale delle falangi stesse.

L'indennità per la perdita funzionale e 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 nella sopra menzionata tabella, l'indennità è stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi elencati, della misura in cui risulta 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 minorato, le percentuali sopra indicate sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Decorsi almeno 90 giorni dall'infortunio, su richiesta dell'Assicurato, la Società, quando abbia preventivato un grado di invalidità permanente superiore al 20%, anticiperà il pagamento di un indennizzo calcolato con riferimento all'anzidetta percentuale, al netto di eventuali franchigie.

2.14 Inabilità temporanea (se assicurata)

Se l'infortunio ha per conseguenza una inabilità dell'Assicurato ad attendere alle sue occupazioni la Società liquida la diaria assicurata:

- a) integralmente, per tutto il tempo in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle occupazioni medesime;
- b) parzialmente, per tutto il tempo in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle sue occupazioni.

L'indennità per inabilità temporanea viene corrisposta per un periodo massimo di 365 giorni a decorrere dalle ore 24 del giorno dell'infortunio fino alle ore 24 dell'ultimo giorno di inabilità.

I sinistri avvenuti al di fuori dell'Europa, sono indennizzabili limitatamente al periodo di ricovero ospedaliero.

2.15 Indennità di ricovero a seguito di infortunio (se assicurata)

Se l'infortunio ha per conseguenza un ricovero in istituto di cura, la Società corrisponde l'indennità giornaliera prevista in polizza per un periodo massimo di 365 giorni, su presentazione di cartella clinica.

Qualora venga applicata una ingessatura, l'indennità giornaliera prevista viene corrisposta, sino alla rimozione del mezzo di contenzione, anche per il periodo trascorso fuori dell'Istituto.

2.16 Cumulo di indennità

L'indennità per il caso di morte non è cumulabile con quella per invalidità permanente.

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

2.17 Controversie

In caso di divergenza sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni o sul grado di invalidità permanente, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità, le parti si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere se ed in quale misura siano dovuti i rimborsi o le indennità, a norma e nei limiti delle norme 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. Il Collegio Medico risiede ove ha sede il Contraente.

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

La Società, entro 10 giorni dalla nomina del terzo medico, convoca il Collegio invitando l'Assicurato a presentarsi.

Le decisioni del Collegio 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.

E' data facoltà al Collegio Medico di rinviare l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente, ove ne riscontri l'opportunità, a un termine, entro 2 anni, da fissarsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto stabilire una provvisoria sull'indennizzo totale non inferiore alla percentuale di invalidità permanente non in discussione.

2.18 Rinuncia alla rivalsa

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

2.19 Responsabilità del contraente

Poiché la presente assicurazione è stata stipulata dal Contraente anche nel proprio interesse quale possibile responsabile del sinistro, si conviene che qualora l'infortunato o, in caso di morte, i beneficiari non accettino, a completa tacitazione per l'infortunio, l'indennizzo dovuto ai sensi della presente polizza ed avanzino verso il Contraente maggiori pretese a titolo di responsabilità civile, detto indennizzo viene accantonato nella sua totalità, per essere computato nel risarcimento che il Contraente fosse tenuto a corrispondere per sentenza o transazione.

Qualora l'infortunato o gli anzidetti beneficiari recedano dall'azione di responsabilità civile, o rimangano in essa soccombenti, l'indennizzo accantonato viene agli stessi pagato sotto deduzione, a favore del Contraente, delle spese di causa sostenute dal Contraente stesso.

Le disposizioni contenute nel presente articolo potranno non essere applicate su richiesta scritta alla Società da parte del Contraente.

2.20 Esonero denuncia condizioni degli Assicurati

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le malattie sofferte, nonché le mutilazioni ed i difetti fisici da cui gli assicurati fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire.

2.21 Esonero denuncia generalità degli Assicurati

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le generalità delle persone assicurate. Per l'identificazione di tali persone si farà riferimento alla documentazione amministrativa tenuta dal Contraente a termini di legge.

2.22 Esonero denuncia altre assicurazioni

Il Contraente e l'Assicurato sono esonerati dall'obbligo di denunciare alla Società eventuali altre polizze da loro stipulate.

2.23 Limite catastrofale

Nel caso di infortunio che colpisca contemporaneamente più persone assicurate, in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà comunque superare l'importo di euro 15.000.000,00.

Qualora le indennità liquidabili ai sensi di polizza eccedessero nel loro complesso tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

SEZIONE 3. NORME PARTICOLARI

(operanti solo se espressamente richiamate alle singole sezioni della Scheda di polizza)

3.1 Limitazione dell'assicurazione agli infortuni da attività specifiche

L'assicurazione vale esclusivamente per gli infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio delle attività e nell'espletamento delle funzioni meglio descritte nella Scheda tecnica di polizza.

3.2 Clausola categoria Dirigenti

Art. 1 - L'assicurazione è prestata, per ciascuna persona:

- a) in caso di morte: per una somma corrispondente a 5 volte la retribuzione annua, col massimo assicurato indicato nella scheda di polizza;
- b) in caso di invalidità permanente: fino ad una somma corrispondente a 6 volte la retribuzione annua, col massimo assicurato indicato nella scheda di polizza.

Art. 2 - Agli effetti del calcolo del premio per retribuzione si intende tutto quanto, al lordo delle ritenute, il dirigente effettivamente riceve in compenso delle sue prestazioni, comprese le indennità fisse, i premi, le gratificazioni, i compensi speciali di qualsiasi natura, le indennità di disagio, di missione, la tredicesima e la eventuale quattordicesima.

Art. 3 - Per la liquidazione delle indennità, è considerata retribuzione annua dell'infortunato quella percepita per i titoli di cui sopra nel mese precedente a quello in cui si è verificato l'infortunio, moltiplicata per 12.

All'importo così ottenuto si addizionano:

- le somme relative a retribuzioni non pagabili ricorrentemente in ciascun mese e corrisposte effettivamente all'infortunato nei 12 mesi precedenti, purché su tali somme sia conteggiato o sia conteggiabile il premio di assicurazione;
- la tredicesima ed eventualmente la quattordicesima mensilità, pagate al dipendente prima dell'infortunio.

Se l'infortunato ha una anzianità di servizio inferiore ai 12 mesi, è considerata retribuzione quella che egli avrebbe percepito nel primo anno di servizio in base al C.C.N.L. di categoria.

Art. 4 - Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per la identificazione di tali persone, per la determinazione delle somme assicurate ed il computo del premio di cui all'art. 5 si farà riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione del Contraente, libri che questi si obbliga 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.

Art. 5 - Il tasso di premio lordo pattuito è quello che figura nella scheda di polizza e viene applicato su ogni mille euro di retribuzioni computate a sensi dell'art. 2.

Il premio viene anticipato dal Contraente in base al preventivo annuo di retribuzioni indicato nella scheda di polizza.

La regolazione del premio definitivo viene effettuato in base a quanto previsto dalla clausola "regolazione del premio".

Art. 6 – Malattie professionali - L'assicurazione viene estesa anche alle malattie professionali, che siano insorte nel corso della validità del presente contratto, intendendosi come tali quelle attualmente previste al D.P.R. 30.06.1965 n. 1124 (o comunque riconosciute dalla Magistratura) e con la franchigia relativa prevista. È fatta eccezione per le conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche che si intendono escluse dalla garanzia.

Art. 7 - Nei casi di invalidità permanente di grado pari o superiore al 50% sarà liquidata l'intera indennità assicurata a tale titolo.

3.3 Supervalutazione per invalidità permanente grave

Nel caso in cui la invalidità permanente sia di grado non inferiore al 50%, verrà corrisposto un indennizzo pari al 100% del capitale assicurato per il caso di Invalidità Permanente, fermo restando in ogni caso il disposto dell'articolo 2.10 (criteri di indennizzabilità).

3.4 Danni estetici

Se l'infortunio ha per conseguenza lesioni di carattere estetico al volto, ma che non comporti l'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, il tutto entro il limite per sinistro di euro 10.000,00.=

3.5 Rimborso spese sanitarie

Se l'Assicurato in conseguenza di infortunio fa ricorso a prestazioni sanitarie, la Società rimborsa, fino alla concorrenza di euro 10.000,00 per persona e per evento, le spese sostenute per:

- accertamenti diagnostici e medico legali (esclusi quelli previsti alla norma "controversie");
- visite mediche e specialistiche;
- onorari del chirurgo e di ogni altro componente l'equipe operatoria, diritti di sala operatoria, materiale d'intervento;
- apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento chirurgico o, limitatamente alle specifiche previsioni delle singole schede tecniche di polizza, danneggiati in conseguenza di infortunio indennizzabile;
- rette di degenza;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- trasporto dell'Assicurato con qualsiasi mezzo presso una struttura ospedaliera in Italia.

Le spese verranno liquidate a presentazione di fatture, notule, ecc..

Si precisa che fra le spese rimborsabili sono compresi i ticket pagati per le prestazioni usufruite dal S.S.N.

La liquidazione potrà avvenire anche se non si è verificata la completa guarigione dell'Assicurato.

3.6 Spese di soccorso, ricerca e salvataggio

La Società rimborsa, in caso di infortunio che ha dato luogo a spese di ricerca, soccorso, e salvataggio, le spese sostenute dal Contraente e/o dall'Assicurato nei confronti di organizzazioni pubbliche o private che possano essere intervenute.

La Società effettuerà il rimborso con il limite di euro 10.000,00.

3.7 Rimpatrio salma

La garanzia è estesa al rimborso delle spese sostenute per il rimpatrio della salma a seguito di sinistro indennizzabile a termini di polizza, fino alla concorrenza di euro 10.000,00.

3.8 Malattie tropicali

La garanzia è prestata per il rischio delle malattie tropicali da cui gli assicurati fossero colpiti durante il soggiorno in tutto il mondo, con l'intesa che per le malattie tropicali devono intendersi quelle contemplate nel R.D. 07.02.38 n. 281 e successive modifiche e integrazioni.

La validità della garanzia per le malattie tropicali è subordinata al fatto che gli assicurati si trovino in perfette condizioni di salute e che si siano sottoposti alle prescritte pratiche di profilassi richieste dalle autorità sanitarie dei paesi ove si recano.

3.9 Rischio in itinere

L'assicurazione è estesa al rischio in itinere, ovvero all'infortunio che si verifichi a causa e/o in occasione di tutti i trasferimenti, con qualsiasi mezzo di locomozione (compresa anche la salita e la discesa dai mezzi stessi e gli infortuni subiti dagli assicurati mentre attendono, in caso di fermata del mezzo, alle operazioni necessarie per la ripresa dalla marcia) e anche a piedi, dall'abitazione (abituale od occasionale) dell'assicurato e il luogo di lavoro (abituale od occasionale), ove si rechi a svolgere attività, mansioni o incarichi per conto del Contraente, e viceversa.

La definizione di "itinere" comprende, a titolo esemplificativo ma non limitativo, il tragitto:

- dalla dimora abituale al lavoro e viceversa (sia prima e dopo l'orario di lavoro, che durante la pausa pranzo);
- dal luogo di lavoro ai luoghi di ristoro per consumare il pranzo e per il pernottamento (diversa dalla dimora abituale), e viceversa;

- dalla dimora abituale e/o dal luogo di lavoro ad altro luogo se il lavoratore presta servizio presso società o entità esterne (sedi della società diverse dalla propria sede di lavoro, clienti, fornitori, sedi corsi di formazione, e simili);
- dal luogo di lavoro ad altro luogo durante il servizio prestato fuori dal normale orario di lavoro, purché il Contraente dichiari per iscritto che l'assicurato svolgeva le sue mansioni su incarico del Contraente stesso.

3.10 Malattie professionali

L'assicurazione viene estesa anche alle malattie professionali, che siano insorte nel corso della validità del presente contratto, intendendosi come tali quelle attualmente previste al D.P.R. 30.06.1965 n. 1124 e con la franchigia relativa prevista. È fatta eccezione per la silicosi, per l'asbestosi e per le conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, che si intendono pertanto escluse dalla garanzia.

3.11 Regolazione del premio

Essendo l'assicurazione prestata in forma non nominativa in base al numero degli assicurati ed altri elementi variabili riportati per ogni categoria nelle schede tecniche di polizza, la regolazione del premio sarà effettuata come segue:

- a) per le categorie assicurate sulla base del n. degli assicurati, in sede di regolazione premio dovrà essere comunicato il n. degli assicurati con l'indicazione della rispettiva data di inclusione/esclusione e il premio verrà regolato sul periodo effettivo di copertura in ragione di 1/360 giorni di presenza;
- b) per le categorie assicurate sulla base dei parametri retribuzioni-chilometri-veicoli in sede di regolazione premio dovranno essere comunicati gli importi dei parametri relativi al periodo da regolare.

Il premio viene pertanto anticipato dal Contraente in via provvisoria, sulla base dei parametri e dei rispettivi importi unitari indicati nelle singole schede tecniche quali elementi per il conteggio del premio.

Il detto premio viene definito al termine di ciascun periodo assicurativo annuo sulla scorta delle differenze registrate a consuntivo negli anzidetti parametri.

A tal fine, entro 120 (centoventi) dalla scadenza di ogni periodo assicurativo annuo, il Contraente è tenuto a comunicare alla Società il consuntivo dei parametri sopra menzionati, affinché la Società stessa possa procedere alla regolazione del premio definitivo.

Ai fini del conteggio del premio definitivo, le differenze attive o passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate dalla parte debitrice nei 30 giorni successivi alla data di ricevimento della relativa appendice da parte del Contraente. Resta convenuto che l'eventuale differenza passiva verrà rimborsata al Contraente al netto delle imposte.

La mancata comunicazione dei dati occorrenti per la regolazione costituisce presunzione di una differenza attiva a favore della Società. Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti od il pagamento dell'eventuale differenza attiva dovuta, la Società può fissargli un ulteriore termine non inferiore ai 30 giorni. Trascorso tale termine, il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto od in garanzia di quello relativo al periodo assicurativo per il quale non ha avuto luogo la regolazione o non è stato effettuato il pagamento della differenza attiva; in carenza della prescritta comunicazione o del pagamento della differenza attiva dovuta alla Società, l'assicurazione resta sospesa fino alla ore 24 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare, per iscritto, la risoluzione del contratto.

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

SCHEDA DI POLIZZA

Costituente parte integrante della polizza infortuni cumulativa n°

Contraente: AMIA Verona S.p.A.
P. IVA: 02737960233
Via B. Avesani, 31
37135 VERONA

durata del contratto: tre anni, con
effetto dal: 31/12/2026
scadenza il: 31/12/2029
frazionamento: annuale

Assicurati

L'assicurazione è operante in favore degli Assicurati e con riferimento agli ambiti meglio precisati alle seguenti singole Sezioni, per le indennità assicurate e dietro corresponsione dei premi rispettivamente indicati in ciascuna di esse:

Sezione/Assicurati	Riepilogo premi lordi annui
Sezione A – Amministratori e Sindaci	Euro.0,00.=
Sezione B – Direttore (facente funzione) - Codirettore e Dirigenti	Euro.0,00.=
Sezione C – Dipendenti e altri soggetti alla guida di veicoli privati (non aziendali) per motivo di servizio	Euro.0,00.=
Sezione D - Dipendenti e altri soggetti alla guida di veicoli aziendali affidati a titolo di "benefit" a dipendenti	Euro.0,00.=
Sezione E - Volontari	Euro.0,00.=
PREMIO ANNUO TOTALE	Euro.0,00.=

Scomposizione del premio annuo

Premio annuo imponibile	Euro.0,00.=
Imposte	Euro.0,00.=
TOTALE	Euro.0,00.=

La Società

Il Contraente

Sezione A – Amministratori

Assicurati

Gli Amministratori (Presidente, Consiglieri) e Sindaci del Contraente

Ambito di validità dell'assicurazione

L'assicurazione è prestata per gli infortuni che l'Assicurato subisca, ovunque nel mondo, nello svolgimento di:

- a) attività professionali principali e secondarie, nonché delle eventuali diverse attività professionali non dichiarate che, in base alle effettive caratteristiche del rischio, non avrebbero determinato alcun aumento del premio;
- b) ogni altra attività che non abbia carattere professionale.

Indennità assicurate pro capite

- Euro 1.000.000,00 in caso di morte;
- Euro 1.000.000,00 in caso di invalidità permanente;

Condizioni particolari operanti

- 3.3 Supervalutazione per invalidità permanente grave
- 3.4 Danni estetici
- 3.5 Rimborso spese sanitarie
- 3.6 Spese di soccorso, ricerca e salvataggio
- 3.7 Rimpatrio salma
- 3.8 Malattie tropicali
- 3.9 Rischio in itinere
- 3.11 Regolazione del premio

Calcolo del premio lordo

Il premio annuo lordo viene determinato in base a:

n. persone preventivate = 6

premio unitario = Euro _____

Il premio lordo annuo, soggetto a regolazione a consuntivo, ammonta a Euro _____

Sezione B – Dirigenti

Assicurati

Direttore (facente funzione) -Codirettore e Dirigenti.

Ambito di validità dell'assicurazione

L'assicurazione è prestata per gli infortuni che l'Assicurato subisca, ovunque nel mondo, nello svolgimento di:

- a) attività professionali principali e secondarie, nonché delle eventuali diverse attività professionali non dichiarate che, in base alle effettive caratteristiche del rischio, non avrebbero determinato alcun aumento del premio;
- b) ogni altra attività che non abbia carattere professionale.

Somme assicurate per ciascuna persona:

In caso di Morte

5 volte la retribuzione annua
con il massimo di Euro
1.500.000,00

In caso di Invalidità Permanente

6 volte la retribuzione annua
con il massimo di Euro
1.500.000,00

Condizioni particolari operanti

- 3.2 Clausola Dirigenti
- 3.4 Danni estetici
- 3.5 Rimborso spese sanitarie
- 3.6 Spese di soccorso, ricerca e salvataggio
- 3.7 Rimpatrio salma
- 3.8 Malattie tropicali
- 3.9 Rischio in itinere
- 3.11 Regolazione del premio

Calcolo del premio lordo

Il premio viene anticipato dal Contraente in base ad un preventivo annuo di retribuzioni di:

- Euro 350.000,00

Il tasso lordo da applicare è pari al.....%° (parametrato ai multipli delle retribuzioni Morte/I.P. 5/6 volte stabiliti).

Il premio lordo annuo, soggetto a regolazione a consuntivo, ammonta a Euro _____

Sezione C – Dipendenti e altri soggetti alla guida di mezzi di trasporto privati (non aziendali)

Assicurati:

Tutti i dipendenti (esclusi i dirigenti assicurati alla sezione B) del Contraente nonché altri soggetti (quali, a titolo meramente indicativo e non esaustivo: personale comandato da altre aziende od enti, titolari di contratti di collaborazione o di incarichi a contratto, lavoratori interinali e/o disciplinati dalla L. Biagi), autorizzati dal Contraente all'utilizzo di mezzi di trasporto privati (non di proprietà aziendale), per la cui identificazione varrà la documentazione amministrativa tenuta dal Contraente.

Ambito di validità dell'assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni sofferti dagli Assicurati in qualità di conducenti di mezzi di trasporto utilizzati per conto e su autorizzazione del Contraente, per l'espletamento di compiti di servizio al di fuori dell'ufficio e limitatamente al tempo necessario per l'esecuzione delle prestazioni di servizio, compresi gli infortuni sofferti salendo o scendendo sui/dai mezzi di trasporto menzionati e durante le operazioni necessarie, in caso di fermata, a riprendere la marcia.

La garanzia è operante anche in occasione di missioni esterne svolte per conto di Aziende o Enti presso i quali i menzionati assicurati siano comandati dal Contraente, anche per incarichi di reggenza o di supplenza, sempre che per tali incarichi siano considerati i corrispondenti elementi pattuiti per il computo del premio della presente sezione.

Indennità assicurate pro capite

- Euro 500.000,00 in caso di morte;
- Euro 500.000,00 in caso di invalidità permanente;

Condizioni particolari operanti

- 3.1 Limitazione dell'assicurazione agli infortuni da attività specifiche
- 3.4 Danni estetici
- 3.5 Rimborso spese sanitarie
- 3.9 Rischio in itinere
- 3.11 Regolazione del premio

Calcolo del premio lordo

Il premio annuo lordo viene determinato in base alla percorrenza chilometrica coperta, per conto e su autorizzazione del Contraente, dagli autoveicoli utilizzati dagli Assicurati per gli adempimenti sopra descritti e viene anticipato in base a:

- *preventivo percorrenza di* = Km. 500

premio per Km. = Euro _____

per un importo di

Euro _____

Premio lordo annuo, soggetto a regolazione a consuntivo, pari a Euro _____

Sezione D – Dipendenti e altri soggetti alla guida di mezzi di trasporto aziendali affidati a titolo di "benefit" ai dipendenti

Assicurati:

I dipendenti (esclusi i dirigenti assicurati alla sezione B) del Contraente, nonché altri soggetti (quali i familiari dei dipendenti), in relazione all'utilizzo di mezzi di trasporto aziendale, che il Contraente affida, a titolo di "benefit", a dipendenti, per la cui identificazione varrà la documentazione amministrativa tenuta dal Contraente.

Ambito di validità dell'assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni sofferti dagli Assicurati in qualità di conducenti di mezzi di trasporto di proprietà del Contraente, ovvero ad esso locati, in uso o comodato, compresi gli infortuni sofferti salendo o scendendo sui/dai mezzi di trasporto menzionati e durante le operazioni necessarie, in caso di fermata, a riprendere la marcia.

Per l'identificazione dei mezzi di trasporto per il cui utilizzo è prestata l'assicurazione, farà fede la documentazione amministrativa del Contraente.

Indennità assicurate pro capite

- Euro 500.000,00 in caso di morte;
- Euro 500.000,00 in caso di invalidità permanente;

Condizioni particolari operanti

- 3.1 Limitazione dell'assicurazione agli infortuni da attività specifiche
- 3.4 Danni estetici
- 3.5 Rimborso spese sanitarie
- 3.6 Spese di soccorso, ricerca e salvataggio
- 3.7 Rimpatrio salma
- 3.9 Rischio in itinere
- 3.11 Regolazione del premio

Elementi per il conteggio del premio

Il premio annuo lordo viene determinato in base al:

- *numero iniziale dei veicoli* = N. 4

premio per veicolo = Euro _____
per un importo di

Euro _____

Premio lordo annuo, soggetto a regolazione a consuntivo, pari a Euro _____

Sezione E – Volontari

Assicurati:

Volontari.

Ambito di validità dell'assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni sofferti dagli Assicurati nello svolgimento delle attività di volontariato. L'assicurazione vale anche per la partecipazione ad attività programmate quali:

- esercitazioni periodiche, attività dimostrative, simulazioni di intervento, attività di addestramento, formazione e aggiornamento, partecipazione a convegni, mostre ed esposizioni nonché attività di assistenza a manifestazioni ricreative e sportive;
- ed è estesa ai rischi derivanti dall'utilizzo di veicoli connesso alla partecipazione alle sopra menzionate attività.

Per l'identificazione degli Assicurati e delle menzionate attività per le quali è prestata l'assicurazione, farà fede la documentazione amministrativa tenuta dal Contraente e/o dal responsabile dell'attività dei volontari a termini di legge.

Indennità assicurate pro capite

- Euro 200.000,00 in caso di morte;
- Euro 200.000,00 in caso di invalidità permanente;

Condizioni particolari operanti

- 3.1 Limitazione dell'assicurazione agli infortuni da attività specifiche
- 3.4 Danni estetici
- 3.5 Rimborso spese sanitarie
- 3.9 Rischio in itinere
- 3.10 Malattie professionali
- 3.11 Regolazione del premio

Elementi per il conteggio del premio

Il premio annuo lordo è determinato in base a:

n. persone preventivate = 30

premio unitario = **Euro** _____

Il premio lordo annuo, soggetto a regolazione a consuntivo, ammonta a Euro _____

La Società

Il Contraente
