



## POLIZZA INFORTUNI

CAPITOLATO SPECIALE per l'ASSICURAZIONE  
INFORTUNI DEI DIRIGENTI E DIPENDENTI  
DELL'AMAP S.P.A.

## DEFINIZIONI

Nel testo che segue, si intendono:

- per "Assicurazione":  
il contratto di Assicurazione;
- per "Polizza":  
il documento che prova l'Assicurazione;
- per "Contraente":  
il soggetto che stipula l'Assicurazione;
- per "Assicurato":  
il soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione;
- per "Società":  
l'Impresa assicuratrice;
- per "Intermediario":  
il Broker o l'Agente regolarmente iscritto al relativo Albo professionale;
- per "Premio":  
la somma dovuta dal Contraente alla Società;
- 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 prestata la garanzia assicurativa;
- per "Indennizzo":  
la somma dovuta dalla Società in caso di Sinistro;
- per "Ricovero":  
permanenza imprevista per un periodo superiore alle 24 ore in un Istituto di cura pubblico o privato, prescritta da un Medico per una terapia medica o chirurgica a seguito di Infortunio o Malattia indennizzabile ai sensi del presente contratto;
- Per "Franchigia":  
parte del danno liquidabile che rimane a carico dell'Assicurato.
- per "Istituto di cura":  
l'ospedale, la casa di cura, la clinica universitaria, l'istituto universitario, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera,

anche in regime di degenza diurna. Sono comunque esclusi gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.

## CONDIZIONI GENERALI

### Art. 1) Definizione di infortunio e oggetto dell'Assicurazione

Premesso che è considerato infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili, le quali, per conseguenza diretta e esclusiva, abbiano determinato la morte o una Invalidità Permanente, l'Assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento:

- delle attività professionali principali e secondarie dichiarate;
- di ogni altra attività che non abbia carattere professionale.

Sono considerati infortuni purché non esclusi dal successivo Art. 2) anche:

- a) l'asfissia non di origine morbosa;
- b) gli avvelenamenti acuti da ingestione di sostanze;
- c) l'annegamento, l'assideramento o il congelamento;
- d) i colpi di sole o di calore;
- e) le lesioni (esclusi gli infarti);
- f) le conseguenze dirette di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, alluvioni e inondazioni.

L'Assicurazione comprende altresì gli infortuni sofferti in stato di malore od incoscienza.

I postumi invalidanti al rachide cervicale verranno presi in considerazione successivamente al loro riscontro su esami strumentali con esito positivo.

Se al momento dell'infortunio l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

### Art. 2) Esclusioni

Sono esclusi dalla presente Assicurazione gli infortuni derivanti:

- a) dall'uso e guida di mezzi di locomozione aerei e subacquei nonché dal loro uso in qualità di membro dell'equipaggio;
- b) da stato di intossicazione acuta alcolica alla guida di qualsiasi mezzo di locomozione;
- c) da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- d) da operazioni chirurgiche, cure mediche o accertamenti non resi necessari da infortunio;
- e) da reati dolosi commessi o tentati dall'Assicurato;
- f) da eventi connessi allo stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile insurrezioni a carattere generale salvo quanto previsto dall'Art. 35) delle Condizioni Speciali. Sono comunque escluse guerre nucleari, chimiche e batteriologiche;
- g) dall'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione e per motivi di carattere eccezionale;
- h) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche;
- i) dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove) ippiche, calcistiche, ciclistiche, sciistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- j) dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove) comportanti uso di veicoli o natanti a motore salvo che si tratti di regolarità pura;
- k) dalla pratica di paracadutismo, speleologia, immersioni subacquee con uso di autorespiratore, alpinismo con scalata di rocce di grado superiore al terzo della scala U.I.A.A., sci o snow board fuori pista, sci o snow board acrobatico, salto dal trampolino con gli sci, bob, pugilato, deltaplano, sport aerei in genere.

### **Art. 3) Persone non assicurabili - limite di età**

- a) La garanzia assicurativa non vale per le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, H.I.V. o dalle seguenti infermità mentali: schizofrenia, sindromi organico-cerebrali, forme maniaco depressive, stati paranoidei; l'Assicurazione cessa con il manifestarsi di una delle predette condizioni. In caso di cessazione dell'Assicurazione in corso la Società rimborsa al Contraente / Assicurato, la parte di Premio netto già pagata e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione della copertura e il termine del periodo di Assicurazione per il quale era stato corrisposto il Premio. Per le persone affette da epilessia l'Assicurazione non vale limitatamente agli infortuni direttamente conseguenti al manifestarsi di un attacco della malattia stessa.
- b) La garanzia assicurativa si intende prestata senza limiti di età: tuttavia a decorrere dalla scadenza annuale immediatamente successiva al

compimento del 75° anno di età, l'Assicurazione potrà essere rinnovata con patto speciale previa presentazione, 30 giorni prima della scadenza stessa del certificato medico attestante buona salute; in assenza di specifico accordo scritto la Società restituirà i Premi netti eventualmente incassati.

### **Art. 4) Dichiarazioni del Contraente / Assicurato**

La Società presta la garanzia e ne determina il Premio in base alle dichiarazioni fornite dal Contraente / Assicurato, che pertanto deve manifestare tutte le circostanze che influiscono sulla valutazione del Rischio. Dichiarazione inesatta o reticenze possono comportare sia il mancato Indennizzo del danno o un Indennizzo ridotto, sia il recesso o l'annullamento del Contratto, secondo quanto previsto dagli Art. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

### **Art. 5) Limiti territoriali**

L'Assicurazione è valida per tutti i paesi del mondo. Gli Indennizzi verranno comunque pagati in Italia ed in valuta corrente.

### **Art. 6) Altre assicurazioni**

Il Contraente deve comunicare alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre polizze per le stesse persone e per gli stessi rischi contemplati dalla presente Polizza. In caso di omissione di tale comunicazione decade il diritto all'Indennizzo. La Società entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di cui sopra può recedere dal Contratto con un preavviso di quindici giorni.

### **Art. 7) Forma delle comunicazioni**

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente/Assicurato è tenuto sono valide solo se fatte per iscritto alla Direzione Generale per l'Italia ovvero alla Rappresentanza periferica, oppure all'Intermediario scelto dal Contraente/ Assicurato e riconosciuto dalla Società. Qualunque modificazione del Contratto non è valida se non risulta da atto di variazione sottoscritto dalle Parti.

### **Art. 8) Variazione del Rischio**

Il Contraente / Assicurato ha l'obbligo di dare immediata comunicazione scritta alla Società di ogni variazione che intervenga a modificare ogni elemento del Rischio; se la variazione implica diminuzione del Rischio, la Società provvederà a ridurre in proporzione il Premio a partire dalla scadenza annuale successiva

alla comunicazione fatta dal Contraente / Assicurato. Se la variazione implica aggravamento del Rischio, la Società ha facoltà di recedere dal Contratto con preavviso di quindici giorni, salvo accordo tra le Parti per la prosecuzione del Contratto stesso con apposito atto di variazione.

#### **ART. 9) REVISIONE DEI PREZZI E DI ALTRE CLAUSOLE CONTRATTUALI**

Le Parti prendono e danno reciprocamente atto che, durante il decorso del rapporto contrattuale si potrà addivenire ad una revisione del prezzo, sei mesi prima della scadenza dell'annualità, sulla base dei dati a disposizione da comunicare all'Amministrazione, l'Assicuratore può segnalare all'Amministrazione contraente il verificarsi delle ipotesi di modifiche del rischio previsti all'Art. 8 (Variazione del rischio) e richiedere motivatamente, ai sensi dell'art.106 del d.lgs. 50/2016, la revisione dei premi o delle condizioni contrattuali attinenti alle franchigie ove esistenti, agli scoperti o ai massimali assicurati.

L'Amministrazione contraente, entro 15 giorni, a seguito della relativa istruttoria e tenuto conto delle richieste formulate decide in ordine alle stesse, formulando la propria controproposta di revisione.

In caso di accordo tra le parti, si provvede alla modifica del contratto a decorrere dalla nuova annualità.

#### **ART 10) CLAUSOLA DI RECESSO**

In caso di mancato accordo ai sensi dell'art. 3( Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali) tra le parti, l'Assicuratore può recedere dal contratto di assicurazione. Il recesso decorre dalla scadenza dell'annualità.

La facoltà di recesso si esercita entro 30 (trenta) giorni dalla proposta dell'art 9 (Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali), presentata dall'Assicuratore, ovvero, entro trenta giorni dalla ricezione della controproposta dell'Amministrazione.

Qualora alla data di effetto del recesso l'Amministrazione contraente non sia riuscita ad affidare il nuovo contratto di assicurazione, a semplice richiesta di quest'ultima, l'Assicuratore s'impegna a prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni, normative ed economiche, in vigore per un periodo massimo di 30 (trenta) giorni. L'Amministrazione contraente contestualmente provvede a corrispondere l'integrazione del premio.

Il recesso non produce effetto in caso di mancata produzione dei dati di cui all'art. 27, riferiti fino al mese antecedente a quello di esercizio del recesso.

#### **Art. 11) PAGAMENTO DEL PREMIO DECORRENZA DELLA GARANZIA**

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del 31/12/2016, anche se il premio o la prima rata di premio e le rate successive possono essere pagati **entro 30 giorni** dalla loro decorrenza.

Se alle scadenze convenute il Contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del trentunesimo giorno dopo quello della scadenza

Si prende e si dà atto che il Contraente provvederà al pagamento dei premi tutti direttamente all'Agenzia della Società ove è assegnata la Polizza.

Si precisa che se dai controlli effettuati dall'Ente, in ottemperanza del D.M. n. 40 del 2008 risultasse un inadempimento a carico della/e Società assicuratrice/i la/e stessa/e si impegna/no a ritenere in copertura il rischio, anche oltre i termini di mora, fino al termine delle procedure di verifica imposte dell'Art. 3 del D.M. precedentemente richiamato.

#### **Art.12) RECESSO IN CASO DI SINISTRO**

Dopo ogni sinistro e fino al 30° giorno dal pagamento o dal rifiuto all'indennizzo, la Società ed il contraente hanno facoltà di recedere dal contratto con effetto dalla prima scadenza annuale utile. Tale facoltà deve essere esercitata mediante lettera raccomandata A.R. da notificare all'altra parte con un **preavviso di almeno 3 mesi** rispetto alla predette scadenze, al fine di consentire l'espletamento di una nuova gara di appalto. Nel caso di recesso anticipato, la Società e' tenuta a fornire contestualmente al Contraente un prospetto statistico dettagliato dei sinistri denunciati nel periodo di efficacia del contratto nei modi previsti dal successivo art. 27.

Non è ammesso il recesso della Società dalla garanzia di singoli rischi o parti dell'assicurazione, salvo esplicita accettazione da parte dell'Assicurato e conseguente riduzione del premio

#### **Art.13 Coassicurazione e delega (valida in caso di ripartizione del rischio)**

L'Assicurazione è ripartita per quote tra le Società indicate nel riparto allegato

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

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

#### **Art. 14) TRACCIABILITA' DEI FLUSSI**

La Società assume tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'articolo

3 della legge 13 agosto 2010, n. 136 e successive modifiche al fine di assicurare la tracciabilità dei movimenti finanziari relativi all'appalto.

Ai fini della tracciabilità dei flussi finanziari gli strumenti di pagamento devono riportare nella causale il codice identificativo di gara (CIG) nr.

.....

Qualora la Società non assolva agli obblighi previsti dall'art. 3 della Legge n. 136/2010 per la tracciabilità dei flussi finanziari relativi all'appalto, il presente contratto si risolve di diritto ai sensi del comma 8 del medesimo art. 3.

Art. 6 – Obblighi inerenti la tracciabilità dei flussi finanziari in base alla Legge n. 136/2010

- a) La Società appaltatrice è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi di tracciabilità previsti dalla legge n. 136/2010.
- b) Nel caso in cui la Società, nei rapporti nascenti con i propri eventuali subappaltatori, subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, abbia notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria di cui all'art. 3 della legge n. 136/2010 ne dà immediata comunicazione alla Stazione Appaltante ed alla Prefettura-ufficio territoriale del Governo della Provincia ove ha sede la Stazione appaltante.
- c) L'Amministrazione può verificare, in occasione di ogni pagamento all'appaltatore e con interventi di controllo ulteriori, l'assolvimento da parte dello stesso, dei subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, agli obblighi relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari.  
La Società s'impegna a fornire ogni documentazione atta a comprovare il rispetto, da parte propria nonché dei subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, degli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla legge n. 136/2010.

Secondo quanto previsto dall'art. 3 comma 9 bis della legge n. 136/2010, il mancato utilizzo del bonifico bancario o postale ovvero degli altri strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni, nelle transazioni finanziarie relative a pagamenti effettuati dagli appaltatori, subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a

qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, costituisce causa di risoluzione del contratto ai sensi dell'art. 1456 c.c.. La risoluzione si verifica quando la parte interessata dichiara all'altra che intende valersi della presente clausola risolutiva. La risoluzione, in base all'art. 1458 c.c., non si estende alle obbligazioni della Società derivanti da sinistri verificatisi antecedentemente alla risoluzione del contratto.

#### **Art. 15) Morte – beneficiari**

La somma assicurata per il caso di Morte viene liquidata dalla Società in parti uguali ai beneficiari designati, in difetto di designazione, agli eredi legittimi dell'Assicurato.

#### **Art. 16) Invalidità permanente**

- a) Se l'infortunio ha per conseguenza un'Invalidità Permanente definitiva, la Società liquida per tale titolo un'indennità calcolata sulla somma assicurata per tale garanzia, secondo la tabella annessa al T.U. sull'Assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali (con esclusione comunque di ogni qualsiasi Invalidità conseguente a malattia professionale) approvata con D.P.R. del 30.06.1965 n. 1124 - per l'industria - e successive modificazioni con rinuncia da parte della Società all'applicazione della Franchigia relativa prevista. Per gli Assicurati mancini le percentuali di Invalidità Permanente previste dalla precitata 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 trattasi di minorazione, le percentuali di cui alla citata tabella vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.

Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti, le percentuali previste nella predetta tabella sono addizionate fino al massimo del 100% della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente totale.

La perdita anatomica o funzionale di una falange, del pollice o dell'alluce è stabilita nella metà, e quella di qualunque altro dito delle mani o dei piedi in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito. Nei casi di Invalidità Permanente non specificati nella predetta tabella l'indennità viene stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi indicati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi

lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.

- b) In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali sono diminuite tenendo conto del grado di Invalidità preesistente. Il grado di Invalidità Permanente viene stabilito al momento in cui le condizioni dell'Assicurato sono considerate permanentemente immutabili.
- c) Resta convenuto tra le parti che, limitatamente alle persone con qualifica di Dipendente, ad esclusione quindi dei Dirigenti, individuati nella Categoria B) dello SCHEMA DI COPERTURA, l'Assicurazione è prestata per l'eventuale differenza tra la somma spettante a termine della presente polizza e l'indennizzo percepito dall'INAIL.

#### **Art. 17) Cumulo di indennità**

L'indennità per inabilità temporanea è cumulabile con quella per morte o per Invalidità Permanente. Se dopo il pagamento di un'indennità per Invalidità Permanente, ma entro un anno 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 rimborso nel caso contrario.

Il diritto all'indennità per l'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 l'importo liquidato od offerto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

#### **Art. 18) Denuncia dell'infortunio - obblighi relativi – prova**

La denuncia di ogni infortunio deve essere fatta alla Direzione Generale per l'Italia ovvero alla Rappresentanza periferica, o all'Intermediario scelto dal Contraente / Assicurato e riconosciuto dalla Società, entro quindici giorni dall'infortunio stesso o dal momento in cui il Contraente / Assicurato o suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità ai sensi dell'Art. 1913 del Codice Civile. La denuncia deve indicare il luogo, giorno ed ora dell'evento e deve essere corredata da un certificato medico.

Nel caso di inabilità temporanea, i certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze. In mancanza, 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 anteriore. Se l'infortunio risulta nella morte dell'Assicurato, la Società deve essere informata entro le successive ventiquattrore per iscritto. Ai sensi dell'Art. 1915 del Codice Civile l'Assicurato è obbligato a mettersi sotto cure mediche immediatamente dopo l'infortunio, a seguire le prescrizioni mediche e a trattenersi dal commettere atti che possano ostacolare la cura e l'abilità di ricominciare il lavoro.

Colui che richiede l'indennità deve provare l'esistenza di tutti gli elementi del proprio diritto e deve inoltre consentire le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dalla Società, a tale fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato.

#### **Art. 19) Controversie**

In caso di divergenze sulla natura e sulle conseguenze delle lesioni, sul grado di Invalidità Permanente o sul grado o durata della inabilità temporanea le Parti si obbligano a conferire mandato, con scrittura privata ad un Collegio di tre medici di decidere a norma e nei limiti delle Condizioni di Polizza.

Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge.

La proposta di convocare il Collegio Medico deve partire dall'Assicurato o dagli aventi diritto entro un mese dal giorno in cui la Società ha liquidato o ha offerto la liquidazione del Sinistro, e deve essere fatta per iscritto con l'indicazione del nome del medico designato, dopodiché la Società comunica all'Assicurato il nome del medico che essa a sua volta designa. Il terzo medico viene scelto dalle Parti entro una terna di medici proposta dai primi due; in caso di disaccordo lo designa il Segretario dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio Medico. Nominato il terzo medico, la Società convoca il Collegio Medico invitando l'Assicurato a presentarsi.

Il Collegio Medico risiede presso l'Istituto di medicina legale più vicino al domicilio dell'Assicurato.

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 decisione del Collegio Medico è obbligatoria per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

### **Art. 20) Durata del contratto**

La Polizza decorre dalle ore 24,00 del 31/12/2016 e termina alle ore 24,00 del 31/12/2018 senza tacito rinnovo. Pertanto alla scadenza del giorno 31/12/2018 la Polizza si intenderà cessata senza obbligo di preventiva disdetta.

Il Contraente ha facoltà di chiedere alla Compagnia la proroga delle garanzie prestate con la presente polizza, ciò fino al completo espletamento delle procedure di aggiudicazione della nuova assicurazione.

Qualora i tempi per la predetta aggiudicazione dovessero prolungarsi, l'Azienda Contraente potrà chiedere successive proroghe – anche temporanee – della garanzia, ma con il limite che il periodo complessivo di durata di tutte le proroghe richieste non potrà essere superiore a sei mesi.

### **Art. 21) Regolazione del Premio**

Se il Premio è convenuto in tutto o in parte, in base ad elementi di Rischio fluttuanti, esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in Polizza ed è regolato alla fine di ogni periodo assicurativo secondo le risultanze delle variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del Premio, fermo il Premio minimo eventualmente stabilito.

A tale scopo entro 90 giorni dalla fine di ogni periodo assicurativo devono essere forniti per iscritto alla Società i dati necessari.

Le differenze attive o passive risultanti dalle regolazioni devono essere pagate nei trenta giorni dalla relativa comunicazione effettuata dalla Società.

La mancata comunicazione dei dati occorrenti per la regolazione costituisce presunzione di una differenza attiva a favore della Società.

Se il Contraente / Assicurato non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti, o il pagamento delle differenze attive dovute, il Premio versato in anticipo in via provvisoria per le rate successive, viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo per il quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva e l'Assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il Contraente / Assicurato abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del Contratto.

Per i contratti scaduti per qualsiasi motivo, se il Contraente / Assicurato 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.

La Società ha il diritto di effettuare in qualsiasi momento verifiche e controlli, per i quali il Contraente / Assicurato è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie.

Qualora il Premio consuntivo risultasse superiore al 50% rispetto a quello anticipato, il Contraente acconsente che la Società modifichi quest'ultimo con effetto dall'annualità immediatamente successiva, portandolo ad importo non inferiore al 75% dell'ultimo Premio consuntivo.

In ogni caso, la somma dovuta alla Società a titolo di premio minimo per ciascun anno o periodo minore per il quale la polizza avrà vigore, in nessun caso potrà essere inferiore al 70% del premio pagato a deposito.

### **Art. 22) Oneri fiscali**

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

### **Art. 23) Competenza territoriale**

Foro competente, a scelta della parte attrice, è quello del luogo di residenza o sede del convenuto, ovvero quello ove ha sede l'Intermediario cui è affidata la gestione del Contratto.

### **Art. 24) Rinvio alle norme di legge**

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

### **Art. 25) Rinuncia alla rivalsa**

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato o suoi aventi diritto, all'azione di regresso che le compete per l'Art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili dell'infortunio.

### **Art. 26) Clausola Sanzioni Economiche e/o Commerciali**

Di comune accordo tra le Parti si conviene che la copertura prestata con la presente polizza non è operativa nei casi in cui tale prestazione e/o l'inerente indennizzo determinino da parte della Compagnia - o Società del Gruppo - la violazione diretta od indiretta delle vigenti Leggi relative all'applicazione di sanzioni economiche o commerciali applicabili a tale titolo.

Si precisa che ai fini della presente limitazione di copertura per Società del Gruppo si intendono controllanti, controllate o collegate con l'infrascritta Società.

## Art. 27) OBBLIGO DI FORNIRE I DATI SUI SINISTRI

### La Società

1. entro 90 giorni dal termine di ciascuna annualità assicurativa,
2. entro 180 giorni antecedenti la scadenza finale del contratto,
3. nonché, in caso di risoluzione anticipata del contratto contestualmente all'esercizio del recesso,

si impegna a fornire al Contraente, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di riservatezza dei dati personali, in formato elettronico Microsoft Excel® o altro supporto informatico equivalente, il dettaglio dei sinistri, aggiornato a non oltre i 60 giorni precedenti, così articolato:

- a) il numero identificativo attribuito dalla Società (*in formato "numero"*);
- b) la data del sinistro (*in formato "data"*);
- c) la data di accadimento dell'evento se non coincidente con quella del sinistro (*in formato "data"*);
- d) il nominativo del reclamante o, qualora non divulgabile, un codice identificativo univoco (*in formato "testo"*);
- e) l'indicazione se trattasi di infortunio a persone o se trattasi di evento mortale (*in formato "testo"*);
- f) la descrizione dettagliata dell'evento (*in formato "testo"*);
- g) lo stato di trattazione (aperto, chiuso senza seguito, chiuso con pagamento, non in garanzia) (*in formato "testo"*);
- h) la sede di trattazione (stragiudiziale, giudiziale civile, giudiziale penale, accertamento tecnico non ripetibile) (*in formato "testo"*);
- i) l'importo stimato dell'indennizzo (cosiddetta "riserva" attribuita dalla Società) (*in formato "valuta"*);
- j) l'importo liquidato dalla Società a titolo d'indennizzo (*in formato "valuta"*);
- k) la data di avvenuto pagamento o comunque la data di chiusura della pratica per altro motivo (*in formato "data"*).

Il dettaglio dei sinistri così come sopra redatto dovrà essere fornito anche in formato non modificabile.

La Società espressamente riconosce che le previsioni tutte contenute nella presente clausola contrattuale:

- la impegnano a redigere il documento di cui sopra secondo un'accurata ed aggiornata informativa dalla data di apertura del fascicolo del sinistro, fino a quando non vi sia l'esaurimento di ogni attività contrattualmente o legalmente richiesta;
- rappresentano un'insieme di obbligazioni considerate essenziali per la stipulazione ed esecuzione del presente contratto assicurativo, in quanto necessarie a rendere tempestivamente ed efficacemente edotto il Contraente circa gli elementi costitutivi e qualificanti il suo rapporto contrattuale con la

Società, come pure per ogni e qualsiasi effetto od adempimento previsto dalla vigente ed applicabile legislazione.

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.

*In caso di mancato rispetto di quanto previsto nel presente articolo, in assenza di adeguate motivazioni legate a causa di forza maggiore, l'Assicuratore dovrà corrispondere all'Amministrazione un importo pari al ...% del premio annuo complessivo per ogni giorno solare di ritardo, con un importo massimo pari a ...*

*L'Assicuratore si impegna a fornire ogni altra informazione disponibile, relativa al contratto assicurativo in essere che l'Amministrazione, d'intesa con l'Assicuratore, ritenga utile acquisire nel corso della vigenza del contratto. Al riguardo l'Amministrazione deve fornire adeguata motivazione.*

*Per gli adempimenti relativi alle informazioni da fornirsi successivamente alla data di scadenza del contratto, l'applicazione delle eventuali penali è garantita dalla cauzione definitiva che non potrà essere svincolata fino alla completa trasmissione delle informazioni di cui sopra.*

## CONDIZIONI SPECIALI (SEMPRE VALIDE ED OPERANTI)

### Art. 28) Morte presunta

Qualora l'Assicurato sia scomparso a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi di Polizza e, in applicazione dell'Art. 60, comma 3) del Codice Civile o dell'Art. 211 del Codice della Navigazione, l'autorità giudiziaria ne abbia dichiarato la morte presunta e di tale evento sia stata fatta registrazione negli atti dello stato civile, la Società corrisponde ai beneficiari la somma assicurata per il caso di morte.

Se dopo il pagamento dell'Indennizzo, è provata l'esistenza in vita dell'Assicurato, la Società ha diritto di agire nei confronti sia dei beneficiari sia dell'Assicurato stesso per la restituzione della somma corrisposta.

### Art. 29) Esposizione agli elementi

La Società, in occasione di arenamento, naufragio, atterraggio forzato di mezzi di trasporto non esclusi dalle Condizioni di Polizza corrisponderà gli indennizzi dovuti per il caso di morte o di Invalidità Permanente anche in quei casi in cui gli avvenimenti di cui sopra non siano la causa diretta dell'infortunio ma, in conseguenza della zona, del clima o di altre situazioni concomitanti (es. perdita di orientamento) l'Assicurato

si trovi in condizioni tali da subire la morte o lesioni organiche permanenti.

### **Art. 30) Ernie traumatiche e da sforzo e rottura sottocutanea del Tendine di Achille**

L'Assicurazione è estesa alle conseguenze dirette delle ernie in oggetto. Inoltre si conviene che :

- nel caso di ernia discale o addominale operata o operabile viene riconosciuto un Indennizzo fino ad un massimo del 5% della somma assicurata;
- nel caso di ernia addominale non operabile viene riconosciuto un Indennizzo fino ad un massimo del 10% della somma assicurata.

Nel caso insorga contestazione circa la natura e l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio Medico di cui all'Art. 13) delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Nel caso in cui un infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza provochi una rottura sottocutanea del Tendine di Achille la Società riconoscerà per tale lesione un indennizzo pari al 2% della somma assicurata per l'Invalidità Permanente ferme le altre eventuali conseguenze del Sinistro.

### **Art. 31) Infortuni cagionati da colpa grave e da tumulti popolari**

A parziale deroga dell'Art. 1900 del Codice Civile, sono in garanzia gli infortuni cagionati da colpa grave dell'Assicurato.

A parziale deroga dell'Art. 1912 del Codice Civile sono in garanzia gli infortuni cagionati da tumulti popolari ai quali l'Assicurato non abbia partecipato attivamente.

### **Art. 32) Infortuni occorsi durante il servizio militare**

Per le sole garanzie morte e Invalidità Permanente, l'Assicurazione resta valida durante il servizio militare di leva in tempo di pace o il servizio sostitutivo dello stesso, nonché durante i richiami per esercitazioni.

E' considerato servizio militare di leva anche quello prestato volontariamente in corpi militari o paramilitari per l'assolvimento dell'obbligo di leva.

### **Art. 33) Rischio volo**

Ferma restando l'esplicita esclusione dei voli effettuati su velivoli ed elicotteri di proprietà di aeroclub, del Contraente o dell'Assicurato stesso, l'Assicurazione è estesa agli infortuni subiti dall'Assicurato durante i viaggi aerei effettuati, come passeggero (ma non come pilota o altro membro dell'equipaggio) su velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linee aeree regolari,

compresi i voli charter, i voli straordinari gestiti da Società di traffico regolare e i voli su aeromobili militari in regolare traffico civile, nonché i voli di trasferimento su velivoli di ditte o privati condotti da piloti professionisti escluse, per questi ultimi, le trasvolate oceaniche.

Sono inoltre compresi gli eventuali infortuni che dovessero verificarsi in conseguenza di forzato dirottamento compreso quindi l'eventuale viaggio aereo di trasferimento dal luogo dove l'Assicurato fosse stato dirottato fino alla località di arrivo definitiva prevista dal biglietto aereo.

### **Art. 34) Limite di Indennizzo per evento**

Resta espressamente convenuto che in nessun caso la Società potrà essere chiamata a risarcire, a seguito del medesimo Sinistro, un Indennizzo complessivo superiore a € 5.000.000,00 qualunque sia il numero degli Assicurati sinistrati.

In detta limitazione rientrano anche i capitali riferiti ad eventuali altre somme assicurate per lo stesso rischio con altre polizze stipulate dalla stessa Azienda/Associata.

Qualora gli indennizzi complessivamente dovuti eccedano tale limite, le somme spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotte in proporzione al rapporto che intercorre fra detto limite e il totale degli indennizzi conteggiati.

### **Art. 35) Rischio guerra**

L'Assicurazione è estesa agli infortuni derivanti da guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale, per un periodo massimo di 15 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dagli eventi citati, mentre si trova in un Paese straniero dove nessuno degli eventi esisteva o era in atto al momento del suo arrivo in tale Paese.

### **Art. 36) Malattie Tropicali**

La garanzia è estesa alle malattie tropicali di cui gli Assicurati fossero colpiti durante il soggiorno all'estero, con l'intesa che per malattie tropicali devono intendersi quelle contemplate nel R.D. 07.02.1938 n. 281 e successive modifiche e integrazioni, quali a titolo esemplificativo e non limitativo: amebiasi, bilhriarosi, dermofito, dissenteria batterica, febbre ittero-emoglobinurica, meningite cerebro-spinale epidemica, vaiolo, febbre ricorrente africana, infezione malarica pernicioso.

Rimane inteso che:

1. la garanzia è subordinata alla circostanza che gli Assicurati si trovino in perfette condizioni di salute e che siano stati preventivamente sottoposti alle prescritte pratiche di profilassi;
2. la valutazione del grado di Invalidità Permanente verrà effettuata facendo riferimento alla tabella allegata al D.P.R. del 30.06.1965 n. 1124 e successive modifiche, con l'intesa che le percentuali indicate nella tabella anzidetta vengono in ogni caso riferite ai capitali assicurati indicati in polizza per il caso di Invalidità Permanente assoluta e che la liquidazione verrà fatta dalla società in contanti anziché sotto forma di rendita;
3. La garanzia viene prevista fino a concorrenza delle somme stabilite per la garanzia infortuni e con un massimo di € 500.000,00 per il caso Morte e € 500.000,00 per il caso Invalidità Permanente.
4. non si fa luogo ad indennizzo quando il grado di Invalidità Permanente è pari o inferiore al 20% (ventipercento); se invece l'Invalidità Permanente risulta superiore a detta percentuale, l'indennizzo viene liquidato senza applicazione di alcuna franchigia;
5. il periodo utile massimo per provvedere alla valutazione definitiva del danno indennizzabile a norma delle presenti disposizioni per il rischio delle malattie tropicali viene fissato in due anni dal giorno della denuncia della malattia.

#### **Art. 37) Commorienza**

Se il medesimo infortunio provoca la morte dell'assicurato e del suo coniuge non separato e se i loro figli minorenni conviventi, risultano unici beneficiari dell'assicurazione, la Società paga la somma convenuta per il caso di morte, aumentata del 100% ma entro il limite di ulteriori €100.000,00. La presente estensione di garanzia non è valida per il rischio volo.

#### **Art. 38) Anticipo Indennizzo**

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile fossero quantificabili, in via preventiva e secondo parere esclusivo della consulenza medica della Società postumi di invalidità permanenti superiori al 20% della totale, la Società metterà a disposizione, quale anticipo indennizzo, un importo pari al 50% di quello presumibilmente indennizzabile con il massimo di €150.000,00.

Tale acconto verrà conguagliato in sede di liquidazione definitiva, salvo recupero di quanto anticipato dalla Società nei casi di eventuale inoperatività della garanzia oppure di eventuali eccedenze pagate.

#### **Art. 39) Stato di Coma**

Quando, a seguito di Infortunio indennizzabile a termini di Polizza, l'Assicurato entra in coma certificato da un Medico, ed è ricoverato in un ospedale, clinica o istituto sanitario, la Società pagherà all'Assicurato o ai suoi Beneficiari la somma specifica indicata nella Scheda di Polizza per ogni giorno di coma. Questo pagamento è dovuto per un periodo massimo di 365 giorni, a decorrere dal trentesimo (30°) giorno consecutivo di coma, con un esborso massimo di € 10.000,00 per evento.

#### **Art. 40) Pregiudizio allo svolgimento delle normali attività quotidiane**

Nel caso in cui, a seguito di Infortunio indennizzabile a termini di Polizza, l'Assicurato sia affetto da accertata Invalidità Permanente di grado superiore al 30%, con conseguente perdita di autosufficienza confermata da un Medico incaricato dalla Società, questa rimborserà le spese sostenute nel corso dei sei (6) mesi seguenti la stabilizzazione dell'Invalidità al fine di:

- attrezzare la residenza principale da lui occupata prima dell'Infortunio in modo da renderla agibile e utilizzabile con riferimento alla sua perdita di autonomia; se non è possibile attrezzare la residenza principale e se l'Infortunio costringe l'Assicurato a traslocare, la Società rimborserà i costi del trasloco nella residenza in cui avrà scelto di vivere dopo l'Infortunio;
- □ attrezzare il suo autoveicolo personale per renderlo agibile e utilizzabile con riferimento alla sua perdita di autonomia.

Questi rimborsi saranno eseguiti dietro presentazione di documenti giustificativi ed entro il limite della somma massima specifica indicata nella Scheda di Polizza di Polizza.

#### **Art. 41) Spese di ricerca, soccorso, e salvataggio**

Nel caso di un Infortunio che ha dato luogo a spese di ricerca, soccorso e salvataggio, la Società rimborserà alla Contraente e/o all'Assicurato e/o ai suoi beneficiari, dietro presentazione di documenti giustificativi fiscali, le spese sostenute dalla Contraente e/o dall'Assicurato e/o dai suoi beneficiari nei confronti di organizzazioni pubbliche o private che possono essere intervenute, entro il limite dello specifico massimale indicato nella Scheda di Polizza.

#### **Art. 42) Attività temerarie**

Fatto salvo quanto stabilito dall'Art. 2) Esclusioni, lettera k, la copertura per il caso Morte ed Invalidità Permanente è estesa agli Infortuni causati dalla pratica

di speleologia, immersioni subacquee con uso di autorespiratore, alpinismo con scalata di rocce di grado superiore al terzo della scala U.I.A.A., sci o snow board fuori pista, sci o snow board acrobatico, salto dal trampolino con gli sci, bob, pugilato, deltaplano, sport aerei in genere.

Questa estensione si intende operante per un capitale pari al 50% di quello stabilito in polizza per le suddette garanzie con il massimo di € 100.000,00. Restano escluse le attività di tipo professionale e semiprofessionale.

## CONDIZIONI PARTICOLARI -

### F) Esonero denuncia altre assicurazioni

A parziale deroga di quanto previsto dall'Art. 6) delle Condizioni Generali di Assicurazione si dà atto che il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare altre analoghe assicurazioni che avesse in corso o stipulasse con altre Società.

### G) Esonero denuncia infermità e difetti fisici

Fermo restando quanto disposto dall'Art. 3) delle Condizioni Generali di Assicurazione si dà atto che il Contraente è esonerato dal denunciare difetti fisici, infermità o mutilazioni da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione del Contratto o che dovessero in seguito sopravvenire.

In caso di infortunio l'indennità per Invalidità Permanente viene liquidata per le sole conseguenze dirette causate dall'infortunio, conformemente a quanto previsto dalle Condizioni Generali di Assicurazione.

### H) Assicurazione in base all'ammontare delle retribuzioni

1. Agli effetti assicurativi per retribuzione si intende tutto quanto, al lordo delle ritenute, il dipendente effettivamente riceve a compenso delle sue prestazioni, esclusi gli assegni familiari.
2. Per la liquidazione delle indennità è considerata retribuzione annua dell'infortunato quella percepita e/o maturata per i titoli di cui sopra nel trimestre precedente il mese in cui si è verificato l'infortunio (con esclusione delle retribuzioni non pagabili ricorrentemente in ciascun mese) moltiplicata per quattro; a tale ammontare si aggiungeranno le somme relative a retribuzioni non pagabili ricorrentemente in ciascun mese e corrisposte effettivamente all'infortunato nei dodici mesi precedenti purché su tali somme sia conteggiato o

conteggiabile il Premio di Assicurazione. A maggior precisazione di quanto sopra si dà atto che nella definizione "retribuzioni non pagabili ricorrentemente in ciascun mese" devono intendersi incluse: mensilità aggiuntive, premi di produzione, incentivi o provvigioni, indennità di trasferta, bonus, compensi arretrati, compensi per lavoro straordinario. Per gli infortunati che non abbiano raggiunto i novanta giorni di servizio è considerata retribuzione annua quella che si ottiene moltiplicando per 360 la retribuzione giornaliera media attribuibile all'infortunato per il periodo di tempo decorrente dall'assunzione in servizio fino al giorno dell'infortunio e considerandosi agli effetti della media anche i giorni non lavorativi.

3. Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per l'identificazione di tali persone, per la determinazione delle somme assicurate e per il computo del Premio si farà riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione del Contraente, libri che questi si obbliga di 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.
4. Il tasso di Premio pattuito è espresso in millesimi e viene applicato alla retribuzione computata ai sensi di cui al precedente punto 1.

### I) Aspettativa

La garanzia assicurativa si intende estesa al personale dipendente che per qualsiasi motivo possa essere in aspettativa per malattia, infortunio o maternità o possa essere soggetto ad altre forme di prestazioni lavorative parziali quali ad esempio part-time, orario ridotto, cassa integrazione; sia esso senza retribuzione o con retribuzione ridotta.

Per la determinazione dei capitali assicurati si farà riferimento alla retribuzione annua di fatto virtuale riferita al momento dell'infortunio.

Per retribuzione di fatto virtuale si intende la retribuzione equivalente a quella che sarebbe stata corrisposta qualora il dipendente fosse stato regolarmente in servizio al momento dell'infortunio con i criteri di cui alla precedente condizione particolare H).

### L) Danni estetici

Si conviene che in caso di infortunio non escluso dalle Condizioni di Polizza con conseguenze di carattere estetico, che tuttavia non comporti risarcimento a titolo

di Invalidità Permanente la Società rimborserà, fino all'importo massimo per evento indicato nella Scheda di Polizza, 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.

La garanzia è prestata con una Franchigia fissa di €50,00 per evento, importo che rimane quindi a carico dell'Assicurato.

#### **M) Rimpatrio salma**

In caso di decesso avvenuto all'estero a seguito di evento indennizzabile a termini di Polizza, la Società rimborsa agli eredi, le spese sostenute per il trasporto della salma in patria, entro il limite massimo indicato nella Scheda di Polizza. Non sono indennizzabili le spese funerarie.

#### **N) Valutazione speciale dell'invalidità permanente da infortunio**

Qualora, a seguito dello stesso evento, indennizzabile ai sensi di Polizza, l'Assicurato riporti postumi invalidanti superiori al 70%, la Società corrisponderà allo stesso il 100% della somma assicurata in Polizza.

#### **N) Rimborso spese mediche da infortunio**

La Società rimborsa agli Assicurati per i quali tale garanzia è richiesta, in caso di infortunio risarcibile a termini di Polizza, il costo delle cure mediche sostenute, fino a concorrenza dell'importo indicato al netto di € 50,00 per evento e per persona.

Per cure mediche si intendono:

- spese ospedaliere o cliniche;
- onorari a medici e a chirurghi;
- accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio;
- spese per il trasporto su ambulanze e/o mezzi speciali di soccorso all'Istituto di cura o ambulatorio;
- spese fisioterapeutiche in genere e spese farmaceutiche;
- spese per la prima protesi, escluse comunque le protesi dentarie.

Rimangono espressamente escluse le spese sostenute per operazioni di chirurgia plastica, salvo quelle rese necessarie per eliminare o contenere il grado di Invalidità Permanente laddove tale garanzia viene prestata.

#### **O) Clausola dirigenti**

Resta convenuto tra le Parti che limitatamente per le persone con la qualifica di Dirigente:

L'assicurazione viene estesa anche alle malattie professionali (intendendo come tali quelle indicate nella tabella annessa al D.P.R. 30/06/1965 n. 1124 (per l'industria), e successive modificazioni intervenute fino alla stipulazione della polizza), che si manifestino nel corso della validità del presente contratto e che riducano l'attitudine generica al lavoro in misura superiore al 10% (dieci per cento) della somma totale. *Resta confermata l'esclusione delle conseguenze dirette e indirette di trasmutazione provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche.* Il Contraente dichiara che all'atto del perfezionamento del presente contratto i Dirigenti, da ritenersi assicurati, non presentano alcuna manifestazione morbosa riferibile alle predette malattie.

#### Grave invalidità permanente

Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia professionale, l'attitudine al lavoro dell'Assicurato risulti permanentemente ridotta da una percentuale di Invalidità Permanente riconosciuta pari o superiore al 70% della totale, la somma assicurata per il caso di invalidità permanente viene liquidata al 100% (cento per cento).

#### **P) Clausola Dipendenti**

Resta convenuto tra le Parti che limitatamente per le persone con la qualifica di Dipendente, è stabilito che verrà applicata una franchigia assoluta del 3% se il grado di Invalidità Permanente accertato in caso di sinistro non sia superiore al 15% della totale pertanto:

- a) non si farà luogo a risarcimento per invalidità permanente quando questa sia di grado non superiore al 3% della totale;
- b) verrà applicata la franchigia del 3% se l'invalidità permanente sia di grado non superiore al 70% della totale;
- c) nel caso in cui l'invalidità permanente sia superiore al 70% della totale, la Società liquiderà l'indennizzo senza deduzione di alcuna franchigia.

---

La Società Assicuratrice

---

AMAP S.p.A.

## SCHEMA DELLA COPERTURA

### NATURA E IMPORTI DELLE GARANZIE ASSICURATE –

#### CATEGORIA A

##### Persone Assicurate: Dirigenti

Portata delle garanzie: 24 ore

#### GARANZIE SOMME ASSICURATE / LIMITI

**Morte da Infortunio** 5,00 volte la retribuzione annua lorda con un massimo di € 500.000,00

**Invalità Permanente da Infortunio** 6,00 volte la retribuzione annua lorda con un massimo di € 600.000,00

**Rimborso Spese Mediche da Infortunio** € 5.000,00 per persona e per evento

**Coma** (indennità corrisposta a decorrere dal trentesimo (30°) giorno consecutivo di coma, con un massimo di 365 giorni) €50,00 per giorno di Coma

**Pregiudizio allo svolgimento delle normali attività quotidiane** (se il tasso di Invalità è superiore al 30%) Adeguamento dell'abitazione principale o trasloco, Adeguamento dell'automobile personale € 20.000,00

**Spese di Ricerca, soccorso e salvataggio** € 10.000,00

**Danni estetici** € 6.000,00

**Rimpatrio della Salma** € 6.000,00

### NATURA E IMPORTI DELLE GARANZIE ASSICURATE –

#### CATEGORIA B

##### Persone Assicurate: Dipendenti

Portata delle garanzie: 24 ore

L'Assicurazione è prestata per l'eventuale differenza tra la somma spettante a termine della presente polizza e l'indennizzo percepito dall'INAIL.

#### GARANZIE SOMME ASSICURATE / LIMITI

**Morte da Infortunio** 5,00 volte la retribuzione annua lorda con un massimo di € 310.000,00

**Invalità Permanente da Infortunio** 6,00 volte la retribuzione annua lorda con un massimo di € 360.000,00

**Coma** (indennità corrisposta a decorrere dal trentesimo (30°) giorno consecutivo di coma, con un massimo di 365 giorni) €50,00 per giorno di Coma

**Pregiudizio allo svolgimento delle normali attività quotidiane** (se il tasso di Invalità è superiore al 30%) Adeguamento dell'abitazione principale o trasloco Adeguamento dell'automobile personale €20.000,00

**Spese di ricerca, soccorso, e salvataggio** €10.000,00

**Danni estetici** €6.000,00

**Rimpatrio salma** €6.000,00

