ALLEGATO A1)
Det. n.301 del 05.09.2018

COMUNE DI SORSO

PROVINCIA DI SASSARI

POLIZZA DI ASSICURAZIONE INFORTUNI CUMULATIVA

CIG 761481581F

La presente polizza è stipulata tra

COMUNE DI SORSO
PIAZZA GARIBALDI 1
07037 SORSO - SS
Cod.Fisc. 80001140906 – P.IVA 00292580909

e

Compagnia di Assicurazione

Durata del contratto

Dalle ore 24,00 del 31.12.2018
Alle ore 24,00 del 31.12.2022

Con scadenza annuale al 31.12

RISCHIO INFORTUNI

DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intendono:

per **CONTRAENTE**: Il Comune di SORSO

per **ASSICURATO**: la persona fisica il cui interesse è protetto dall'assicurazione

per **ASSICURAZIONE**: il contratto di assicurazione

per **POLIZZA**: il documento che prova l'assicurazione

per **SOCIETA'**: l'impresa assicuratrice

per **PREMIO**: la somma, comprensiva di imposte, dovuta dalla Contraente alla Società

per **RISCHIO**: la probabilità che si verifichi il sinistro

per **SINISTRO**: il verificarsi del fatto dannoso per il quale é prestata la garanzia assicurativa

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

per **GARANZIA:** la copertura assicurativa prestata dalla Società

per **INFORTUNIO**: un evento dovuto a causa violenta e fortuita che produca lesioni corporali obiettivamente accertabili e che abbia per conseguenza la morte, un'invalidità permanente od una inabilità temporanea.

CATEGORIE ASSICURATE PER IL RISCHIO INFORTUNI

A) **SINDACO – VICE SINDACO - ASSESSORI - CONSIGLIERI**

Oggetto dell'assicurazione

Il contratto assicura gli infortuni subiti da Sindaco, Vice Sindaco, Assessori e Consiglieri del Contraente durante lo svolgimento di qualsiasi incarico per conto della Contraente, compresi i rischi della circolazione stradale, per la partecipazione a riunioni, sopralluoghi e comunque nello svolgimento di ogni incarico inerente il mandato ricoperto, compreso il rischio in itinere.

Somme assicurate

La garanzia è prestata per **nr.17** Soggetti Ass.ti - Sindaco, Vice Sindaco, Assessori e Consiglieri, per le seguenti somme assicurate pro-capite:

- Caso di morte in seguito ad infortunio € 200.000,00
- Caso di invalidità permanente in seguito ad infortunio € 200.000,00

B) **PERSONE IN MISSIONE DI SERVIZIO CON AUTO PERSONALI E DI PROPRIETA' DELL'ENTE**

Oggetto dell'assicurazione

Il contratto assicura gli infortuni subiti dai dipendenti, amministratori o dalle persone alla guida di mezzi di loro proprietà e di proprietà dell'Ente autorizzate dalla Contraente, in missioni od adempimenti di servizi per conto della Contraente stessa

L'assicurazione vale anche durante la salita e la discesa dal veicolo, nonché in caso di riparazioni di emergenza effettuate necessariamente sulla strada. La validità dell'assicurazione è comunque subordinata al fatto che il conducente siano in possesso di valida abilitazione alla guida e che il trasporto sia effettuato in conformità a quanto previsto dalla carta di circolazione.

Somme assicurate

La garanzia è prestata per **KM 5.000** per auto non di proprietà dell'Ente

per nr. 6 auto di proprietà dell'Ente

per le seguenti somme assicurate pro-capite:

- Caso di morte in seguito ad infortunio € 160.000,00
- Caso di invalidità permanente in seguito ad infortunio € 210.000,00

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

ART. 1 – DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni volutamente mendaci e le reticenze del Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione del contratto (artt. 1892,1893 e 1894 Codice Civile).

ART. 2 – EFFICACIA DEL CONTRATTO – PAGAMENTO DEL PREMIO

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza, sempreché il pagamento della prima rata di premio avvenga, in deroga all'Art.1901 C.C., entro 60 giorni dalla sopracitata data. In caso di pagamento del premio successivamente al sessantesimo giorno, l'effetto dell'assicurazione decorrerà dalle ore 24.00 del giorno di pagamento del premio.

Le rate di premio successive devono essere pagate entro le ore 24 del sessantesimo giorno dopo quello della scadenza.

Se il Contraente/Assicurato non paga entro tali termini, l'assicurazione resta sospesa e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.

Nel caso di modifiche e/o integrazioni della presente assicurazione per le quali la Società richieda integrazioni di premio, la modifica e/o integrazione avrà effetto dalla data in cui la Società avrà comunicato al broker incarico l'accettazione della modifica e/o integrazione richiesta, se il pagamento sarà effettuato dal Contraente/Assicurato entro le ore 24 del sessantesimo giorno successivo a quello della relativa richiesta della Società. In caso di pagamento del premio successivamente al sessantesimo giorno, l'effetto della modifica/integrazione decorrerà dalle ore 24,00 del giorno del pagamento.

I premi devono essere pagati alla direzione della Società o alla sede dell'Agenzia o della Società di brokeraggio alla quale è assegnata la polizza.

ART. 3 – REGOLAZIONE DEL PREMIO

Poiché il premio è convenuto in base ad elementi di rischio variabili, esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto nell'offerta che fa parte integrante del presente contratto, ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minor durata del contratto, secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio. A tale scopo, entro 120 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o della minor durata del contratto, la Contraente deve fornire alla Società, per iscritto, i dati consuntivi necessari e cioè l'indicazione degli elementi variabili contemplati in polizza.

Le differenze, attive o passive, risultanti dalla regolazione, devono essere pagate nei 60 giorni successivi alla comprovata presentazione alla Contraente dell'appendice di regolazione premio emessa dalla Società.

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

Per i contratti scaduti, se la Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società ha il diritto di agire giudizialmente.

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

ART. 4 - DURATA DELL'ASSICURAZIONE

Il presente contratto decorre dalle ore **24.00 del 31.12.2018** e termina alle ore **24.00 del 31.12.2022** con rateazioni **annuali al 31.12.**

Tuttavia al contraente è concessa la facoltà di rescindere il contratto annualmente tramite lettera raccomandata A.R. da inviarsi 120 giorni prima della suddetta scadenza.

Alla scadenza finale il contratto si intende automaticamente disdettato senza obbligo di comunicazione tra le parti.

Alla scadenza del contratto, la stazione appaltante, in forza di quanto stabilito nel bando di gara, si riserva la facoltà di rinnovare il contratto per la durata di ulteriori 24 mesi, alle medesime condizioni previste nel progetto e nel capitolato speciale descrittivo e prestazionale posto alla base dell'affidamento. In tale caso la Società s'impegna a prorogare l'assicurazione, a semplice richiesta del contraente per il periodo di 24 mesi alle medesime condizioni, contrattuali ed economiche in vigore ed il relativo rateo di premio verrà corrisposto entro 30 (trenta) giorni dall'inizio della proroga.

ART. 5 – CRITERI DI DETERMINAZIONE DEL PREMIO

Il premio del presente contratto è determinato sulla base dei premi unitari imponibili, indicati per ogni categoria assicurata, nell'offerta che fa parte integrante del contratto stesso.

Detti premi unitari si intendono fissi ed invariabili per tutta la durata della polizza.

Il premio annuo anticipato in via provvisoria è conteggiato sulla base dei seguenti dati previsionali che rimarranno fissi ed invariati per tutta la durata del contratto. Le rate di premio anticipato successive alla prima saranno di uguale importo.

a) per la categoria: Amministratori (Sindaco, Vice Sindaco, Assessori e Consiglieri):
   nr preventivo delle **persone: 17**
b) per la categoria: Dipendenti in missione di servizio con auto personali e auto di proprietà dell'Ente:
   - il nr dei km effettuati con auto non di proprietà **dell'Ente: 5.000**
   - nr dei mezzi di proprietà dell'Ente: **6**

ART. 6 - ONERI FISCALI

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

ART. 7 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

ART. 8 - ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione viene prestata per tutto il Mondo. In ogni caso il pagamento delle indennità verrà effettuato in Italia in Euro.

ART. 9 - ALTRE ASSICURAZIONI

Si dà atto che possono sussistere altre assicurazioni stipulate dalla Contraente per lo stesso rischio.

Del pari, nel caso in cui la Contraente dovesse stipulare altre polizze infortuni è esonerata

dall'obbligo di comunicarlo alla Società.

ART.10 – RIFERIMENTO ALLE NORME DI LEGGE – FORO COMPETENTE

Per tutto quanto non previsto dalle condizioni pattuite dal presente testo, valgono unicamente le norme stabilite dal vigente Codice Civile.
Eventuali altre condizioni riportate a stampa debbono intendersi esplicitamente abrogate.
Per l'esecuzione del presente contratto si dichiara competente il Tribunale di Sassari.

ART.11 – AGGRAVAMENTO DI RISCHIO - BUONA FEDE

La Contraente deve comunicare alla Società ogni aggravamento del rischio entro 6 mesi dal suo verificarsi.
Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 C.C., fermo tuttavia quanto previsto al terzo comma del presente articolo.
Tuttavia l'omissione, l'incompletezza o inesattezza della dichiarazione da parte della Contraente di una circostanza eventualmente aggravante il rischio, durante il corso della validità della presente polizza così come all'atto della sottoscrizione della stessa, non pregiudicano il diritto all'indennizzo sempreché tali omissioni, incomplete o inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo dei legali rappresentanti del Contraente.

ART.12 DIMINUZIONE DEL RISCHIO

A parziale deroga dell'art. 1897 del Codice Civile, nel caso di diminuzione del rischio e/o delle somme assicurate la Società è tenuta a ridurre con effetto immediato il premio o le rate di premio successivi alla comunicazione della Contraente e rinuncia al relativo diritto di recesso. La Società rimborserà la corrispondente quota di premio pagato e non goduto, incluse le imposte, in occasione del primo rinnovo dell'annualità di premio o, relativamente all'ultimo anno assicurativo, alla scadenza del contratto.

ART.13 DENUNCIA DELL'INFORTUNIO ED OBBLIGHI RELATIVI

A deroga dell'art. 1913 del Codice Civile in caso di sinistro la Contraente deve darne avviso scritto, con la dettagliata descrizione dello stesso e delle sue cause e conseguenze, corredata di certificato medico al Broker incaricato della gestione del contratto, nel termine di 15 giorni dal momento in cui ne è venuto a conoscenza.
L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (art. 1915 del Codice Civile).
Avvenuto l'infortunio, l'Assicurato interessato deve ricorrere alle cure di un medico e seguirne le prescrizioni, nonché informare periodicamente la Società sul decorso delle lesioni. Quando l'infortunio abbia causato la morte di un Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, deve esserne dato immediatamente avviso telegrafico alla Società. L'Assicurato infortunato, i loro familiari od aventi diritto devono consentire la visita di medici della Società e qualsiasi indagine che questi ritengano necessaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato lo stesso. Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato, salvo nei casi in cui sono espressamente comprese nell'assicurazione

ART.14 - RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni sinistro che abbia dato luogo a pagamento la Società ha la facoltà di comunicare il proprio recesso dal contratto con effetto dalla successiva scadenza annuale del premio, rispettando comunque un termine di preavviso non inferiore ai 90 giorni.

ART.15 - RINUNCIA ALLA RIVALSA

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

ART.16 – INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO

Si conviene fra le parti che in caso di dubbia interpretazione delle condizioni normative del presente contratto verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole alla Contraente.

ART.17 – INFORMAZIONI PERIODICHE

La Società si impegna a fornire, ogni 6 (sei) mesi, alla Contraente un tabulato dal quale risulti il numero dei sinistri denunciati, l'importo di definizione o, se non definito, l'importo a riserva.

ART.18 – CLAUSOLA BROKER

Il Contraente/Assicurato dichiara di aver affidato la gestione della presente polizza alla CON.S.A.I. Srl, in qualità di Broker, ai sensi della Legge nr 792 del 28.11.1984, DLgs 209/2005 e successive modifiche ed integrazioni, nei limiti e con le modalità previste.

Pertanto, agli effetti delle condizioni della presente polizza, gli Assicuratori danno atto che ogni comunicazione fatta dal Contraente/Assicurato tramite il Broker, si intenderà come fatta dal Contraente/Assicurato stesso.

Gli Assicuratori, inoltre, riconoscono che il pagamento dei premi sia fatto tramite il Broker sopra designato e riconoscono che tale pagamento è liberatorio per l'Assicurato/Contraente.

La Società di brokeraggio assicurativo che collabora con la stazione appaltante non potrà esigere dalla Compagnia di assicurazione una commissione maggiore alla misura del 10% da calcolarsi sul premio imponibile (imposte escluse) della polizza stipulata dalla Stazione Appaltante; ciò in conformità all'affidamento triennale del servizio di consulenza, assistenza, collaborazione e brokeraggio assicurativo disposto dalla Stazione Appaltante.

ART. 19 - ATI E DELEGA

Qualora l'assicurazione fosse divisa per quota tra le diverse Società indicate nella Scheda Offerta Economica relativa alla presente assicurazione, resta inteso che in caso di sinistro la Società mandataria gestirà e definirà la liquidazione e le Società mandanti che si impegnano ad accettare la liquidazione definita dalla Società, concorreranno nel pagamento.

La Società Mandataria si impegna, altresì ed in ogni caso, ad emettere atto di liquidazione per l'intero importo dei sinistri ed a rilasciare all'Assicurato quietanza per l'ammontare complessivo dell'indennizzo.

Nel caso in cui l'assicurazione fosse divisa per quota tra diverse Società, con la sottoscrizione della presente polizza, le Società Mandanti danno mandato alla Società a firmare i successivi documenti di modifica anche in nome e per loro conto, pertanto la firma apposta dalla Società

rende validi ad ogni effetto i successivi documenti anche per le Società compartecipanti al rischio.

Art. 20 - TRACCIABILITA' DEI FLUSSI FINANAZIARI IN BASE ALLA L. 136/2010

La Società appaltatrice, nonché ogni altra Impresa a qualsiasi titolo interessata al presente contratto, sono tenute ad osservare gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari in ottemperanza a quanto previsto dalla Legge 13 agosto 2010 n. 136 e s.m.i. . I soggetti interessati sono obbligati a comunicare alla Stazione appaltante gli estremi identificativi dei conti correnti bancari o postali dedicati, anche se in via non esclusiva, alle movimentazioni finanziarie relative al presente contratto, unitamente alle generalità e al codice fiscale dei soggetti abilitati ad operare su tali conti correnti.

Tutte le movimentazioni finanziarie di cui al presente contratto dovranno avvenire – salve le deroghe previste dalla normativa sopra citata - tramite bonifico bancario o postale (Poste Italiane SpA) e riportare, relativamente a ciascuna transazione, il Codice Identificativo di Gara (CIG) o, qualora previsto, il Codice Unico di Progetto (CUP) comunicati dalla Stazione appaltante. Il mancato assolvimento degli obblighi previsti dall'art. 3 della citata Legge n. 136/2010 costituisce causa di risoluzione del contratto, ai sensi dell'art. 1456 cc e dell'art. 3, c. 8 della Legge.

CONDIZIONI GENERALI E PARTICOLARI DELLA POLIZZA INFORTUNI

ART. 1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione vale per gli infortuni che i componenti delle categorie assicurate dalla Contraente subiscono nell'esercizio delle attività dichiarate (rischi professionali), compreso il rischio in itinere e le missioni effettuate con l'impiego di normali mezzi di locomozione.

Sono compresi in garanzia anche:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti acuti di origine traumatica, da ingestione o assorbimento di sostanze;
- il contatto con corrosivi;
- le affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi, esclusi il carbonchio, la malaria e le malattie tropicali;
- l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento;
- la folgorazione;
- i colpi di sole o di calore;
- le ernie traumatiche e le lesioni (esclusi gli infarti) determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico;
- gli infortuni derivanti da tumulti popolari, aggressioni e violenze, atti di terrorismo, vandalismi, attentati, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- gli infortuni derivanti da malore ed incoscienza;
- gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza e negligenza anche gravi;
- gli infortuni derivanti dall'uso o guida di ciclomotori e motocicli di qualunque cilindrata;

trattori e macchine agricole semoventi, veicoli a motore e natanti, a condizione che l'Assicurato sia in possesso, ove prescritto, di regolare patente di abilitazione alla guida;

- gli infortuni subiti in conseguenza di calamità naturali costituite da terremoto, maremoto, eruzione vulcanica, alluvioni, allagamenti, inondazioni e fenomeni connessi;
- gli infortuni subiti nel corso di partecipazioni a seguito di mobilitazione o per adesione volontaria al servizio di protezione civile
- gli infortuni causati da influenze termiche ed atmosferiche;
- gli infortuni derivanti da abuso di alcolici, con l'esclusione di quelli subiti alla guida di veicoli e/o natanti in genere;
- l'uso e la detenzione a scopo diagnostico e terapeutico di sostanze radioattive naturali o artificiali.

ART. 2 - ESCLUSIONI

Salvo patto speciale non sono compresi nell'assicurazione:

a) gli infortuni derivanti da: partecipazione a gare e corse (e relative prove) calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo; partecipazione a corsa e gare (e relativa prove) che comportano l'uso o la guida di veicoli a motore e natanti, salvo che si tratti di regolarità pura;

b) gli infortuni derivanti da guerra e insurrezioni salvo quanto previsto all'Art. 3 delle Condizioni Generali e Particolari della polizza Infortuni, 1° capoverso (rischio guerra) o da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;

c) gli infortuni che siano conseguenza diretta ed indiretta di trasmutazioni del nucleo dell'atomo e di radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, e da esposizione a radiazioni ionizzanti;

d) gli infortuni derivanti dall'abuso di psicofarmaci o da uso non terapeutico di stupefacenti od allucinogeni;

e) gli infortuni occorsi in occasione di partecipazione ad imprese temerarie salvo, in quest'ultimo caso che si tratti di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;

f) le conseguenze di operazioni chirurgiche e di accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio.

ART. 3 - ESTENSIONI DI GARANZIA

RISCHIO GUERRA

La garanzia viene estesa agli infortuni avvenuti all'estero (escluso comunque il territorio della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino) derivanti da stato di guerra civile, di guerra dichiarata e non, invasione, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio dei predetti eventi mentre si trova all'estero.

MORTE PRESUNTA

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termine del presente contratto di

assicurazione, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato e si presuma sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà ai beneficiari che, salvo contraria indicazione, si intendono gli aventi diritto, il capitale previsto per il caso di morte. La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi 6 mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta ai termini degli artt. 60 e 62 C.C. Nel caso che, successivamente al pagamento, risulti che la morte non si è verificata o che comunque non è dipesa da infortunio indennizzabile, la Società avrà diritto al rimborso dell'intera somma liquidata. A restituzione avvenuta dell'intera somma liquidata, l'Assicurato non deceduto potrà far valere i propri diritti per l'invalidità eventualmente subita e residuata, anche se nel frattempo fossero trascorsi oltre due anni dall'evento subito e, quindi, senza che si possano da parte della Società invocare eventuali termini di prescrizione, che decorreranno da quel momento.

MALATTIE CONTRATTE IN SERVIZIO E PER CAUSE Dl SERVIZIO

L'assicurazione viene estesa alle malattie contratte in servizio e per cause di servizio che abbiano per conseguenza la morte e l'invalidità permanente. L'operatività della garanzia è subordinata alla condizione che la malattia insorga nel corso del rapporto assicurativo e si manifesti entro un anno dalla data di cessazione del rapporto stesso. Sono escluse dalla garanzia le nevrosi, le malattie mentali, quelle tubercolari e quelle che sono conseguenza diretta o indiretta di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche. Non si darà luogo ad indennizzo per l'invalidità permanente, causata da malattia contratta in servizio e per cause di servizio, quando questa sia di grado pari o inferiore al 15% della totale. Se invece essa risulterà superiore al 15% della totale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente.

DANNI ESTETICI

Per tutte le categorie assicurate in caso di infortunio non escluso dal presente contratto che provochi conseguenze permanenti di carattere estetico la Società rimborserà fino ad un massimo di € 1.500,00 le spese sostenute e documentate dall'Assicurato per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico, nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica.

INFORTUNI AERONAUTICI

L'assicurazione è estesa agli infortuni che gli Assicurati subiscano durante i viaggi aerei effettuati in qualità di passeggeri su velivoli ed elicotteri eserciti da società di traffico aereo regolare, non regolare e di trasporto a domanda, nonché da autorità civili e militari in occasione di traffico civile, da ditte e privati per attività turistica o di trasferimento e da società di lavoro aereo, esclusivamente durante trasporto pubblico passeggeri. In tale estensione non sono compresi i viaggi aerei effettuati su velivoli ed elicotteri eserciti da Società/Aziende di Lavoro Aereo, in occasione di voli diversi dal trasporto pubblico di passeggeri o da Aeroclubs. Il rischio volo inizia nel momento in cui gli Assicurati salgono a bordo dei suddetti aeromobili e cessa quando scendono dagli stessi; la salita e la discesa, mediante scale od altre attrezzature speciali aeroportuali, fanno parte del rischio del volo.

Resta convenuto che la somma delle garanzie previste da questa estensione, non potrà

superare per ciascuna persona assicurata i capitali di € 1.032.000,00 per il caso di morte, € 2.064.000,00. per il caso di invalidità permanente totale e € 251,00 giornaliere per il caso di inabilità temporanea assoluta, e per aeromobile i capitali di € 5.000.000,00 per il caso morte, € 5.000.000,00 per il caso di invalidità permanente totale e di € 5.000,00 giornaliere per il caso di inabilità temporanea assoluta. In detta limitazione per aeromobile rientrano anche i capitali riferentesi ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio volo con estensioni contemplate da polizze infortuni cumulative stipulate dallo stesso Contraente. Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedessero gli importi sopra indicati., le indennità spettanti in caso di sinistro saranno adeguate con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti.
Sono equiparati agli "Infortuni Aeronautici" anche gli infortuni derivanti da dirottamenti, sabotaggi, atti di pirateria ed attentati.

ART. 4 - LIMITI DI ETA'

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore agli ottanta anni. Tuttavia per persone che raggiungano tale età nel corso del contratto di assicurazione, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa al compimento di detto termine, senza che possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso verranno restituiti a richiesta della Contraente.

ART. 5 - ESONERO DENUNCIA GENERALITA' DEGLI ASSICURATI

La Contraente è esonerata dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per l'identificazione di tali persone, si farà riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione della Contraente. È pure esonerato dall'obbligo di notificare le malattie, le infermità, le mutilazioni ed i difetti fisici da cui fossero affette le persone assicurate.

ART. 6 - CRITERI DI INDENNIZZO

La Società corrisponderà l'indennità per le sole conseguenze dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti, pertanto l'influenza che l'infortunio può aver esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili. Parimenti, nei preesistenti casi di mutilazioni o difetti, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette dell'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra e sana, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti.

ART. 7 - MORTE

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte di un Assicurato e questa si verifica entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida ai beneficiari la somma assicurata per il caso di morte.
Per beneficiari si intendono, salvo contraria indicazione, gli aventi diritto.
Qualora l'assicurazione sia stata stipulata in ottemperanza al C.C.N.L. applicabile all'Assicurato, la somma per il caso di morte sarà corrisposta alle persone cui spetta obbligatoriamente in forza del citato C.C.N.L. e solo in mancanza di tali persone si applicherà quanto disposto dai primi due

commi del presente articolo. La dichiarazione da parte delle competenti Autorità che l'Assicurato è disperso ed il caso di sentenza di morte presunta vengono parificati al caso di morte ai sensi dell'Art. 60, comma 3 del C.C.

ART. 8 - INVALIDITA' PERMANENTE

Se l'infortunio ha per conseguenza un'invalidità permanente e questa si verifica entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida per tale titolo un'indennità calcolata sulla somma assicurata per l'invalidità permanente, secondo la tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria per gli infortuni e le malattie professionali approvata con D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 e successive modifiche, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge, salvo che per i "Medici Specialisti Ambulatoriali" per i quali è prevista in polizza un'apposita tabella di invalidità permanente specifica.

Per gli Assicurati mancini, si conviene che le percentuali di invalidità permanente previste dalla citata tabella per l'arto superiore destro, varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa. La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto, viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se si tratta di minorazione, le percentuali vengono ridotte in proporzione delle 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 ai limiti massimo del 100%. L'indennità per la perdita funzionale ed anatomica di una falange del pollice é 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 specifica, l'indennità è stabilita tenendo conto della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorati, le percentuali sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente. Nel caso di ernia determinata da infortunio (ernia traumatica) l'indennità è determinata come segue:

a) se l'ernia è operabile ed il contratto prevede il caso di inabilità temporanea, la Società corrisponderà la somma giornaliera assicurata per l'inabilità temporanea, fino ad un massimo di trenta giorni;
b) se l'ernia non risulta operabile, la Società corrisponderà l'indennità fino al 10% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente.

Questi massimi risarcimenti valgono anche se l'ernia è bilaterale.

Qualora insorga contestazione circa l'operabilità o meno dell'ernia, la decisione sarà rimessa al Collegio Arbitrale di cui al successivo art. 12. Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella di riferimento indicata, l'indennità è stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi elencati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla sua professione. Nei casi di invalidità permanente di grado pari o superiore al 60% sarà liquidata l'indennità pari all'intero capitale assicurato.

ART. 9 - INABILITA' TEMPORANEA

Si considera inabilità temporanea l'incapacità dell'Assicurato ad attendere, per un periodo di tempo limitato, alle sue occupazioni. Qualora sia provato che l'infortunio ha causato l'inabilità temporanea, la Società con riferimento alla natura e conseguenza delle lesioni riportate dall'Assicurato, liquida l'indennità giornaliera, per le categorie per le quali è prevista, con le modalità descritte nell'elenco della "Categorie Assicurate".

L'indennità cessa all'atto dell'avvenuta guarigione risultante dal certificato medico. Se l'Assicurato non trasmette tale certificato viene considerata data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato medico regolarmente inviato.

ART.10 - CUMULO DI INDENNITA'

L'indennità per inabilità temporanea è cumulabile con quella per morte o per invalidità permanente. Se dopo il pagamento di una indennità per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio, ed in conseguenza di questo l'Assicurato muore, la Società corrisponderà agli aventi diritto la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore, e non chiederanno il rimborso nel caso contrario. Il diritto all'indennità per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non é 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 aventi diritto l'importo liquidato od offerto.

ART.11 - CONTROVERSIE E COLLEGIO ARBITRALE

In caso di disaccordo sulla causa o sulla natura delle lesioni o sulla valutazione delle conseguenze attribuibili all'infortunio, la vertenza viene deferita ad un Collegio Arbitrale che risiede presso gli uffici della Contraente. Il Collegio Arbitrale è composto di tre medici, di cui due nominati dalle parti, una per ciascuna, ed il terzo d'accordo fra i due primi, o, in difetto, dal Presidente dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio Arbitrale. Gli arbitri, tenendo presenti le condizioni del contratto di assicurazione, decidono a maggioranza inappellabilmente come amichevoli compositori senza alcuna formalità giudiziaria; le loro decisioni impegnano le Parti anche se l'arbitro dissenziente non le ha sottoscritte. Ciascuna delle Parti sopporta le spese del proprio arbitro e metà di quelle del terzo.

ART.12 - ANTICIPO INDENNIZZO

In caso di infortunio che provochi un'invalidità permanente sicuramente superiore al 10% l'Assicurato ha facoltà di richiedere un anticipo sull'indennizzo. Tale richiesta può essere presentata trascorsi almeno 30 giorni dall'inoltro della denuncia di infortunio e la Società, entro i 30 giorni successivi, provvederà ad erogare un importo pari al 50% della somma che, sulla base delle stime preliminari effettuate dai medici, risulterà al momento liquidabile. Quando esistono giustificati dubbi sull'entità o sull'indennizzabilità del danno non si potrà dare luogo all'erogazione di anticipi. L'importo degli eventuali anticipi erogati verrà detratto dalla liquidazione definitiva del danno.