


CAPITOLATO POLIZZA DI ASSICURAZIONE INFORTUNI

CIG. N. 8069630556

La presente polizza è stipulata tra

	AGECONTROL SpA
VIA G.B. Morgagni 30/H	
00161 ROMA	
P.IVA 01726561002	

e

Società Assicuratrice
Agenzia di
.
.

Durata del contratto

Dalle ore 24.00 del :	31.12.2019
Alle ore 24.00 del :	31.12.2020

SEZIONE 1 - DEFINIZIONI

Art.1 – Definizioni

Ai seguenti termini, le Parti attribuiscono il significato qui precisato.

Assicurazione:	Il contratto di assicurazione;
Polizza:	Il documento che prova l'assicurazione;
Contraente:	Il soggetto che stipula l'assicurazione riportato nel frontespizio della presente polizza;
Assicurato:	La persona fisica il cui interesse è protetto dall'assicurazione
Beneficiario:	In caso di morte gli eredi legittimi o testamentari, in tutti gli altri casi l'assicurato stesso.
Società:	L'impresa assicuratrice nonché le eventuali coassicuratrici;
Broker:	La Aon S.p.A. quale mandataria incaricata dal Contraente della gestione ed esecuzione del contratto, riconosciuto dalla Società nonché dalle coassicuratrici
Premio:	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
Rischio:	La probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.
Sinistro:	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
Indennizzo:	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Franchigia:	La parte di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.
Annualità assicurativa o periodo assicurativo:	Il periodo pari o inferiore a 12 mesi compreso tra la data di effetto e la data di scadenza o di cessazione dell'assicurazione.
Infortunio:	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte e/o una invalidità.
Invalidità permanente:	La diminuita capacità o la perdita definitiva ed irrimediabile della capacità generica ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato.
Paese di residenza principale	Dove l'Assicurato risiede stabilmente o ha fissato la propria dimora abituale.

SEZIONE 2 – NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

Art. 1 Variazione nella persona del Contraente

Il Contraente stipula per sé o per i suoi eredi, i quali sono solidalmente obbligati a continuare il contratto fino alla divisione dell'eredità. Dopo la divisione, il contratto continua con l'erede o con gli eredi cui siano state assegnate le attività alle quali sono addette le persone assicurate. In caso di alienazione dell'azienda o di parte delle attività alle quali sono addette le persone assicurate, il Contraente fermo l'onere del pagamento del premio per il periodo di assicurazione in corso, deve trasmettere all'acquirente l'obbligo di mantenere il contratto per la parte che lo riguarda. In caso di fusione della Società Contraente con una o più Società, il contratto continua con la Società costituita. Nei casi di trasformazione, di cambiamento di denominazione o di ragione sociale, il contratto continua con la Società nella sua nuova forma o sotto la nuova denominazione o ragione sociale. Nei casi di scioglimento della Società Contraente o di sua messa in liquidazione, il contratto continua fino alla chiusura della liquidazione. Le variazioni sopra indicate devono essere comunicate per iscritto dal Contraente, suoi eredi o aventi causa, entro il termine di quindici giorni dal suo verificarsi, alla Società, la quale nei trenta giorni successivi ha facoltà di recedere dal contratto, dandone comunicazione con preavviso di quindici giorni.

Art. 2 Dichiarazioni del Contraente

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

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

A parziale deroga dell'art. 1897 del Codice Civile, nel caso di diminuzione del rischio e/o dei valori la Società è tenuta a ridurre alla prima scadenza annuale di polizza il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente o dell'Assicurato e rinuncia al relativo diritto di recesso.

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

Art. 3 Assicurazione presso diversi Assicuratori

Si conviene tra le Parti che qualora si rivelasse che per le stesse persone assicurate con il presente contratto esistono o venissero in seguito stipulate altre polizze direttamente dal Contraente o da terzi che ne abbiano avuto interesse, gli eventuali danni denunciati dall'Assicurato a valere sulla presente polizza saranno liquidati ed indennizzati dalla Società direttamente all'Assicurato medesimo, a prescindere dall'esistenza di altri contratti assicurativi, fermo per la Società ogni altro diritto derivante a norma di legge (art. 1910 C.C.).

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

Si esonera il Contraente dal dare preventiva comunicazione alla Società di eventuali polizze già esistenti e/o quelle che verranno in seguito stipulate sugli stessi rischi oggetto del presente contratto; l'Assicurato ha l'obbligo di farlo in caso di sinistro, se ne è a conoscenza.

Art. 4 Durata dell'Assicurazione

Il contratto ha la durata indicata in frontespizio della polizza e cesserà automaticamente alla scadenza del detto periodo senza obbligo di disdetta da ambo le parti.

Il Contraente, a seguito di intervenuta disponibilità di convenzioni Consip o accordi quadro resi disponibili da centrali di committenza (art. 1, comma 13, DL 95/2012 convertito in Legge 135/2012), si riserva di recedere dal contratto qualora accerti condizioni più vantaggiose rispetto a quelle praticate dall'affidatario, nel caso in cui la Società non sia disposta ad una revisione del prezzo in conformità a dette iniziative. Il recesso diverrà operativo previo invio di apposita comunicazione, e fissando un preavviso non inferiore ai 15 giorni. In caso di recesso verranno pagate al fornitore le prestazioni già eseguite ed il 10% di quelle non ancora eseguite.

Art. 5 Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

L'assicurazione decorre dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza anche se il pagamento del primo premio potrà essere effettuato dal Contraente entro 60 (sessanta) giorni successivi al medesimo.

Se il Contraente non paga il premio alla firma entro tali termini, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 dell'ultimo giorno utile per il pagamento del premio, e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 60° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Il premio alla firma decorre dalle ore 24 del 31.12.2019 fino alle ore 24 del 31.12.2020.

Ai sensi dell'art. 48 e 48 bis del DPR 602/1973 la Società da 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;
- Il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'art. 72 bis del DPR 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 c.c. nei confronti della Società stessa.

L'Assicurazione è altresì operante fino al termine delle verifiche e dei controlli che il Contraente deve effettuare in capo all'aggiudicatario della presente polizza circa il possesso di tutti i requisiti di partecipazione richiesti nel bando e nel disciplinare di gara, nonché quelli richiesti dalle vigenti disposizioni normative per la stipula dei contratti con le Pubbliche Amministrazioni, ex artt. 32 e 33 del D.Lgs. 50/2016 e ss.mm.ii., anche qualora dette verifiche e controlli eccedessero temporalmente rispetto ai termini di mora previsti nel presente articolo in relazione al pagamento della prima rata.

Anche le eventuali variazioni comportanti un incasso di premio potranno essere pagate entro 60 (sessanta) giorni dalla data di ricezione, da parte del Contraente, del relativo documento correttamente emesso dalla Società.

Anche per questi casi resta convenuto che si applicano tutte le condizioni e le modalità di pagamento previste al precedente art. "Pagamento del premio e decorrenza della garanzia", restando altresì inteso che l'assicurazione decorre, con copertura immediata, dalle ore 24.00 del giorno indicato nel documento di variazione.

Art. 6 Integratività dell'assicurazione

Agli effetti di presenti e futuri obblighi di assicurazione ai sensi di Legge, la presente polizza ha carattere del tutto indipendente e del tutto integrativo.

Art. 7 Regolazione del premio

Il premio viene anticipato dal Contraente per ogni periodo assicurativo in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza ed è regolato, per tutte le categorie assicurate, 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 150 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o della minor durata del contratto, il Contraente deve fornire per iscritto alla Società i dati necessari seguenti, affinché la Società stessa possa procedere alla regolazione del premio definitivo:

- Per la categoria A) indicata alla successiva Sezione 6 le variazioni di inclusione / cessazione indicando nome, cognome e data di nascita degli assicurati e, in caso di nuovi ingressi in polizza, il Capitale assicurato per ciascuno per i casi di Morte e di Invalidità Permanente; data di effetto e/o cessazione della copertura;
- Per le categorie B) indicate alla successiva Sezione 6 della presente polizza il numero effettivo degli assicurati presenti nell'annualità assicurativa

Sulla base di tali comunicazioni, la Società procederà alla regolazione del premio per l'effettivo periodo di rischio per ogni persona assicurata come previsto dalle presenti Condizioni di Assicurazione.

Le differenze attive e passive, risultanti dalla regolazione, devono essere pagate o rimborsate nei sessanta giorni dalla relativa comunicazione da parte della Società.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti od il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società deve fissargli, mediante atto formale di messa in mora, un ulteriore termine non inferiore a trenta giorni dandone comunicazione scritta, trascorso il quale la Società, limitatamente ai sinistri accaduti nel periodo per il quale non è avvenuta la notifica o il pagamento del premio, potrà indennizzare gli stessi nella medesima proporzione esistente tra l'importo di premio pagato e quello interamente dovuto (se superiore), salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

Quanto previsto al comma precedente si intende valido anche per i contratti scaduti.

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

Art. 8 Modifiche dell'assicurazione

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

Art. 9 Recesso a seguito di sinistro

Dopo ogni sinistro e fino al trentesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società o il Contraente possono recedere dall'assicurazione, mediante lettera raccomandata, telegramma o posta elettronica certificata (PEC), con preavviso di 120 (centoventi) giorni. Il computo dei 120 giorni decorre dalla data di ricevimento della suddetta raccomandata da parte del Contraente. In tal caso la Società, entro 30 (trenta) giorni dalla data d'efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta governativa, relativa al periodo di rischio non corso, conguagliata con quanto eventualmente dovuto dal Contraente per variazioni intervenute nel corso di validità della polizza.

La riscossione di premi, o rate di premio, venuti a scadenza dopo il recesso per sinistro o qualunque altro atto della Società e/o del Contraente, non potranno essere interpretati come rispettiva rinuncia della Società stessa a valersi della facoltà di recesso. Resta inteso che i predetti premi sono dovuti in pro-rata al periodo residuo di validità della polizza venutosi a determinare a seguito del recesso.

Art. 10 Oneri fiscali

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

Art. 11 Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società

Tutte le comunicazioni tra le Parti devono essere fatte in forma scritta con lettera raccomandata (anche a mano) od altro mezzo certo (E-mail o PEC o simili)

Le comunicazioni alle quali il Contraente è tenuto potranno essere indirizzate alla Società oppure al Broker al quale il Contraente ha conferito incarico per la gestione della polizza. Analoga procedura adotta la Società nei confronti del Contraente.

Costituiscono eccezione a quanto sopra pattuito l'eventuale disdetta della polizza ed il recesso per sinistro che ciascuna delle Parti è tenuta ad inviare direttamente all'altra parte nei termini e modalità previsti dalla presente polizza.

Art. 12 Assicurazione per conto altrui

Poiché la presente assicurazione è stipulata dal Contraente in nome proprio e nell'interesse di chi spetta, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 C.C.

Art. 13 Interpretazione del contratto

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

Art. 14 Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio

La Società o l'Agenzia alla quale è assegnato il contratto, alla scadenza di ciascuna annualità, si impegna a fornire al Contraente per il tramite del Broker dei tabulati contenenti i dati relativi all'andamento del rischio dall'inizio del contratto assicurativo, possibilmente in formato elettronico (excel).

Tali tabulati dovranno riportare per ciascun sinistro:

- numerazione attribuita alla pratica
- data di accadimento
- stato di gestione del sinistro (aperto / riservato / liquidato / senza seguito)
- importo liquidato o posto a riserva
- sinistri respinti (mettendo a disposizione, se richiesto, le motivazioni scritte).

Si precisa in proposito che:

- i predetti tabulati dovranno essere forniti entro 30gg da ciascuna delle date sopra indicate, anche in assenza di formale richiesta scritta del Contraente e/o del Broker;
- in previsione della scadenza definitiva del contratto, ed al fine di consentire l'indizione di una nuova procedura di gara, 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;
- l'obbligo di fornire i dati in argomento permane anche successivamente alla definitiva scadenza del contratto, a fronte di formale richiesta scritta da parte del Contraente, anche per il tramite del broker, da inviarsi con cadenza annuale a far tempo dalla data di cessazione della polizza.

Nel caso in cui la Società esercitasse la facoltà di recesso di cui all'art. "Recesso in caso di sinistro", la statistica dettagliata dei sinistri deve essere fornita in automatico dalla Società entro e non oltre 30 giorni di calendario dalla data in cui il recesso è stato inviato.

Art. 15 Coassicurazione e delega - Valida esclusivamente in caso di coassicurazione ai sensi dell'art. 1911 C.C.

Qualora l'assicurazione fosse divisa per quote tra diverse Società, resta inteso che in caso di sinistro la Società Delegataria (in appresso Società) ne gestirà e definirà la liquidazione e le Società Coassicuratrici, che si impegnano ad accettare la liquidazione definita dalla Società, concorreranno nel pagamento in proporzione della quota da esse assicurata, esclusa ogni responsabilità solidale; la Società 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.

Il Contraente dichiara di avere affidato la gestione del presente contratto alla Aon S.p.A. e le Società Coassicuratrici hanno convenuto di affidare la delega alla Società Delegataria indicata in esso; di conseguenza tutti i rapporti inerenti la presente Assicurazione saranno svolti per conto del Contraente dalla Aon S.p.A. la quale tratterà con la Delegataria.

In particolare, tutte le comunicazioni inerenti il Contratto, ivi comprese quelle relative al recesso o alla disdetta ed alla gestione dei sinistri, si intendono fatte o ricevute dalla Delegataria in nome e per conto di tutte le Società coassicuratrici.

Le Società coassicuratrici riconoscono come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di gestione compiuti dalla Delegataria per conto comune fatta soltanto eccezione per l'incasso dei premi di polizza il cui pagamento verrà effettuato nei confronti di ciascuna Società.

La sottoscritta Società Delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle Coassicuratrici indicate negli atti suddetti (polizza e appendici) a firmarli anche in loro nome e per loro conto.

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

Il dettaglio dei capitali assicurati, dei premi, accessori e imposte, spettanti a ciascuna Coassicuratrice, risulta dall'apposito prospetto allegato alla presente Polizza.

Art. 16 Clausola Broker

L'Assicurato dichiara di aver affidato la gestione della presente polizza alla Società Aon Spa in qualità di Broker, ai sensi del D.lgs n. 209/05 e ss.mm.ii.

L'Assicurato e la Società si danno reciprocamente atto che ogni comunicazione inerente l'esecuzione della presente Assicurazione avverrà anche per il tramite del Broker incaricato.

Pertanto, agli effetti delle condizioni della presente Polizza, la Società dà atto che ogni comunicazione fatta dal Contraente/Assicurato al Broker si intenderà come fatta alla Società stessa e viceversa, come pure ogni comunicazione fatta dal Broker alla Società si intenderà come fatta dal Contraente/Assicurato stesso. Si precisa che qualora le comunicazioni del Contraente comportassero una modifica contrattuale impegneranno gli Assicuratori solo dopo il consenso scritto.

Nelle more degli adempimenti previsti dalla normativa vigente si precisa che, con riferimento all'art 118 del D.Lgs. 209/2005 ed all'art.55 del regolamento IVASS n.05/2006 e ss. mm. ii., il Broker è autorizzato ad incassare i Premi. La Società pertanto, riconosce che il pagamento dei Premi possa essere fatto dal Contraente tramite il Broker sopra designato; resta intesa l'efficacia liberatoria anche a termine dell'art. 1901 Codice Civile del pagamento così effettuato.

La remunerazione del broker è a carico della Società nella misura dell'8% sui premi imponibili. Tale remunerazione sarà trattenuta all'atto del pagamento del premio, effettuato dallo stesso Broker, alla Società.

Art. 17 – Obblighi dell'Appaltatore relativi alla Tracciabilità dei flussi finanziari

La Società è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi previsti dall'articolo 3 della legge 13 agosto 2010 e ss.mm.ii. al fine di assicurare la tracciabilità dei movimenti finanziari relativi all'appalto.

Qualora la Società non assolva ai suddetti obblighi, il presente contratto si risolve di diritto ai sensi del comma 8 dell' art. 3 della legge 136/2010 e ss.mm.ii..

Art. 18 Foro competente

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

Art. 19 Rinvio alle norme di legge

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

SEZIONE 3 - RISCHI COPERTI

ART. 1) OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

a) delle attività professionali principali e secondarie dichiarate in polizza, nonché delle eventuali diverse attività professionali non dichiarate che, se fossero state conosciute dalla Società, non avrebbero determinato alcun aumento del premio;

b) di ogni altra attività che non abbia carattere professionale;

Nelle attività professionali di cui al punto a) è compreso il rischio in itinere cioè gli infortuni che possono colpire gli Assicurati durante:

- Il tragitto dall'abitazione, anche occasionale, al luogo di lavoro e viceversa,
- Il tragitto dalla sede dove viene svolta la loro attività fino al raggiungimento di altro luogo di lavoro e viceversa,

e con utilizzo di mezzi di locomozione sia privati che pubblici.

Sono equiparati ad infortunio anche:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- soffocamento da ingestione di solidi e/o liquidati;
- gli avvelenamenti acuti di origine traumatica, da ingestione o assorbimento di sostanze;
- contatto con corrosivi, ustioni in genere;
- le affezioni conseguenti a morsi di animali o rettili 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, di calore o di freddo;
- le lesioni (esclusi gli infarti) determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico;
- le ernie addominali traumatiche con l'intesa che:

a: nel caso in cui l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposta un'indennità a titolo di indennità permanente non superiore al 10% (dice per cento) della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente;

b: qualora sorga una contestazione circa la naturale l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio Medico di cui all'articolo 5.8 della Sezione 5;

- gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza, esclusi comunque quelli conseguenti ad ubriachezza;
- gli infortuni derivanti da aggressioni in genere;
- gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismi, attentati, sequestri, rapine, azioni di dirottamento o di pirateria a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- gli infortuni derivanti da malore ed incoscienza;
- gli infortuni derivanti da imprudenza, imperizia e negligenza anche gravi;
- gli infortuni derivanti dall'uso o guida di ciclomotori e motocicli di qualunque cilindrata, trattori e macchine agricole semoventi, veicoli a motore e natanti in genere, a condizione che l'Assicurato sia in possesso, ove prescritto, di regolare patente di abilitazione alla guida;
- gli infortuni causati da forze della natura compresi terremoto, maremoto, eruzione vulcanica, alluvioni, inondazioni, frane, smottamenti, valanghe, slavine;
- gli infortuni causati da influenze termiche ed atmosferiche;
- gli infortuni derivanti da abuso di alcolici, con l'esclusione di quelli subiti alla guida di veicoli e/o natanti in genere;

- gli infortuni causati da pratica non professionale di qualsiasi sport, ad eccezione di sports aerei in genere e paracadutismo.

ART. 2) ESTENSIONI DI GARANZIA SEMPRE OPERANTI PER TUTTE LE CATEGORIE ASSICURATE

2.1 – Attività temerarie

L'assicurazione infortuni è estesa alle seguenti attività per il caso morte e invalidità permanente:

- a) alpinismo con scalata di rocce/ghiacciai oltre il III grado della scala Monaco;
- b) speleologia effettuata in solitario;
- c) immersione con autorespiratore oltre i 18 metri di profondità

La presente estensione si intende operante per un capitale pari al 50% di quello previsto per le attività extra professionali con il massimo di € 100.000,00.

Restano escluse le attività sportive di tipo professionale o semiprofessionale.

2.2 – Rischio Volo – Viaggi Aerei

L'assicurazione vale anche per gli infortuni che l'Assicurato subisca mentre effettua in qualità di passeggero (non come pilota o membro dell'equipaggio) viaggi aerei su aeromobili (compresi gli elicotteri). Il viaggio si intende iniziato con la salita a bordo dell'aeromobile e terminato con l'abbandono dello stesso.

In caso di sinistro - o serie di infortuni che siano causati, riconducibili o conseguenti alla stessa causa, evento o circostanza - che colpisca più assicurati, l'esborso a carico della Società non potrà superare la somma complessiva di:

- **€ 30.000.000,00** in caso in cui gli assicurati viaggino a bordo di **aeromobili di linea** certificati per il trasporto pubblico di passeggeri che effettuino il servizio tra aeroporti stabiliti ad orari regolari e determinati. Sono compresi i voli c.d. charter effettuati con aeromobili che effettuino anche servizio di linea
- **€ 5.000.000,00** in caso in cui gli assicurati viaggino a bordo di **aeromobili NON di linea**.

La somma complessiva che precede si intende unica per tutti i certificati della presente polizza e per tutte le polizze stipulate dal Contraente – o per il suo tramite in qualità di Associato ad una Cassa di Assistenza - con la Società per il rischio infortuni. Resta convenuto che il limite di € 30.000.000,00 rappresenta la somma complessiva massima indennizzabile per sinistro dalla Società per gli infortuni aeronautici così come definiti nel presente articolo di polizza. Se gli indennizzi complessivamente dovuti eccedessero tale importo la Società procederà alla loro riduzione proporzionale. La riduzione conseguente al limite che precede verrà effettuata proporzionalmente alla somma assicurata per ogni persona.

2.3 – 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, guerra, invasione, rivoluzioni, atti nemici, ostilità (sia che la guerra sia dichiarata e non), per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di eventi bellici mentre si trova all'estero.

L'assicurazione per il rischio guerra non è valida in Italia e nel Paese di Residenza Principale dell'assicurato.

2.4 – Morte per incidente stradale

In caso di morte dell'Assicurato a seguito di incidente stradale, la Società liquiderà una somma addizionale pari al 50% del capitale indennizzabile a termine di polizza, con il massimo di € 200.000,00.

2.5 - Malattie tropicali

L'assicurazione si intende estesa alle Malattie Tropicali previste dalle disposizioni di legge in materia.

La garanzia viene prevista fino a concorrenza delle somme stabilite per le garanzie infortuni e con un massimo di €500.000,00= Morte e di €500.000,00= Invalidità Permanente.

La somma assicurata per Invalidità Permanente è soggetta ad una franchigia relativa del 20%. Pertanto non si farà luogo all'indennizzo per Invalidità Permanente quando questa sia di grado non superiore al 20% della totale. Se invece l'Invalidità Permanente supera il 20% della totale verrà corrisposto l'indennizzo in rapporto al grado di Invalidità Permanente residuo.

Il Contraente dichiara che gli assicurati si trovano in perfette condizioni di salute e che sono stati sottoposti alle prescritte pratiche di profilassi

2.6 - Rimborso Spese mediche da Infortunio

In caso di infortunio risarcibile a termini di Polizza, la Società rimborsa agli Assicurati il costo delle cure mediche fino a concorrenza, per ogni evento, dell'importo di € 5.000,00=.

Per cure mediche si intendono:

- a) spese ospedaliere o cliniche
- b) onorari a medici o a chirurghi
- c) spese per il trasporto su ambulanze e/o mezzi di trasporto speciali di soccorso all'istituto di cura o all'ambulatorio;
- d) spese fisioterapeutiche in genere, spese farmaceutiche e spese per l'assistenza domiciliare, da parte di personale sanitario qualificato, purché prescritte dal medico curante;
- e) spese per le prime protesi, escluse comunque le protesi dentarie.

Rimangono espressamente escluse le spese sostenute per le operazioni di plastica, salvo quelle necessarie per eliminare o contenere il grado di invalidità permanente.

2.7 - 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 ad un massimo di € 5.000,00=. 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.

ART. 3 – CONDIZIONI AGGIUNTIVE OPERANTI

3.1 Clausola Dirigenti

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

- a) la garanzia si intende prestata anche per le malattie professionali riconosciute per l'industria esercita dal Contraente dal D.P.R. del 30 giugno 1965 n.1124 e successive modifiche intervenute fino alla data di stipulazione del presente contratto.

A tale riguardo 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;

- b) in caso di invalidità permanente causata da malattia professionale, la valutazione delle percentuali di permanente viene effettuata in base alla tabella annessa al D.P.R. del 30 giugno 1965 n.1124 (per l'industria) e con rinuncia da parte della Società all'applicazione delle franchigie relative previste dalla Legge, con intesa che le percentuali indicate nella tabella anzidetta vengano in caso riferite ai capitali assicurati indicati in polizza per il caso di invalidità permanente assoluta e che la liquidazione viene fatta dalla Società in contanti anziché sotto forma di rendita;

- c) qualora in conseguenza di infortunio o di una malattia professionale, l'attitudine al lavoro dell'Assicurato risulti permanentemente ridotta in misura superiore ai 2/3 la somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente viene liquidata al 100% (cento per cento).

3.2 Franchigia su invalidità permanente

Di comune accordo fra le Parti, si conviene che la liquidazione dell'indennizzo per Invalidità Permanente, verrà effettuata senza applicazione di alcuna Franchigia per la categoria DIRIGENTI e con applicazione di

una Franchigia assoluta del 3% per le altre categorie.

3.3 Limite di risarcimento

Resta convenuto che, in caso di sinistro - o serie di infortuni che siano causati, riconducibili o conseguenti alla stessa causa, evento o circostanza - che colpisca più assicurati l'esborso a carico della Società non potrà superare la somma complessiva di € 50.000.000,00, fatto salvo quanto previsto all'art. 2.2 Rischio Volo.

La somma complessiva che precede si intende unica per tutti i certificati della presente polizza e per tutte le polizze stipulate dal Contraente – o per il suo tramite in qualità di Associato ad una Cassa di Assistenza - con la Società per il rischio infortuni.

Se gli indennizzi complessivamente dovuti eccedessero tale importo la Società procederà alla loro riduzione proporzionale. La riduzione conseguente al limite che precede verrà effettuata proporzionalmente alla somma assicurata per ogni persona.

3.4 Limiti territoriali

L'assicurazione vale per il mondo intero salvo quanto previsto dall'art. 2.3 Rischio Guerra.

3.5 Limite di età

L'assicurazione non vale per le persone di età superiore ai 85 anni, mentre per quelle già assicurate cessa alla scadenza annuale immediatamente successiva al compimento dell'ottantacinquesimo anno, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso verranno restituiti al Contraente;

3.6 Esonero dall'obbligo di denuncia di infermità mutilazioni o difetti fisici

Il Contraente resta esonerato dall'obbligo di notificare alla Società le malattie, le infermità, le mutilazioni ed i difetti fisici da cui fossero affette le persone assicurate all'atto della stipula del presente contratto o dell'ingresso nella presente polizza o che dovessero in seguito sopravvenire.

3.7 Persone non assicurabili

Sono ammessi al beneficio dell'assicurazione tutti indistintamente gli Assicurati a prescindere dalle loro condizioni di salute e da eventuali pregresse minorazioni fisiche o mutilazioni delle quali gli Assicurati stessi risultassero affetti all'atto della stipula del presente contratto o dell'ingresso nella presente polizza o che dovessero in seguito sopravvenire, restando comunque espressamente confermato quanto previsto dall'art. 3) della Sezione 5 – Criteri di indennizzabilità

SEZIONE 4 – ESCLUSIONI

4.1 – Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni occorsi:

1. in occasione di eventi direttamente connessi allo stato di guerra dichiarata o non dichiarata, salvo quanto previsto all'art. 2.3 lettera A) della Sezione 3;
2. durante la guida e l'uso di mezzi di locomozione aerea, salvo quanto previsto per l'uso all'art. 2.2 lettera A) "Rischio Volo-Viaggi Aerei" della Sezione 3, e durante la guida di mezzi subacquei;
3. in conseguenza di dolo o di azioni delittuose dell'Assicurato;
4. gli infortuni derivanti dall'abuso di psicofarmaci o da uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni;
5. da un tasso di alcool nel sangue dell'assicurato uguale o superiore a quello fissato dalle leggi del luogo che regolano l'uso di autoveicolo. L'esclusione opera solo quando alla guida di un veicolo;
6. 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;
7. in conseguenza diretta od indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
8. dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove) che comportano l'uso o la guida di veicoli a motore e natanti, salvo che si tratti di regolarità pura;
9. i rischi di energia nucleare, secondo quanto previsto dalla clausola di esclusione dei rischi di energia nucleare (NUCLEAR ENERGY RISKS EXCLUSION CLAUSE NMA 1975° 1994);
10. le contaminazioni nucleari, biologiche, chimiche prodotte da atti di terrorismo;
11. dalla pratica del paracadutismo, del parapendio e degli sport aerei in genere;
12. dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione. Nel caso il documento comprovante l'abilitazione sia scaduto da meno di tre mesi alla data dell'infortunio e sia stato rinnovato entro 30 giorni da tale data la presente esclusione si intende non operante.

SEZIONE 5 - NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO

Art. 1 – Obblighi del Contraente in caso di sinistro

La denuncia del sinistro deve essere fatta per iscritto alla Società o al Broker entro 30 giorni lavorativi dall'infortunio o dal momento in cui l'ufficio del Contraente addetto alla gestione dei contratti assicurativi ne venga a conoscenza o l'Assicurato od i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità. (art. 1913 C.C.). L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (art.1915 C.C.).

Art. 2 – Denuncia del sinistro e relativi obblighi

La denuncia dell'infortunio dovrà contenere l'indicazione del luogo, del giorno e dell'ora dell'evento, nonché delle cause che lo hanno determinato.

Quanto prima il Contraente, l'Assicurato o i suoi aventi diritto dovranno corredare la denuncia con la certificazione medica iniziale.

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

Successivamente l'Assicurato deve inviare, periodicamente e sino a guarigione avvenuta, certificati medici sul decorso delle lesioni.

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

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

L'Assicurato, i suoi familiari od aventi diritto devono consentire alla visita di medici della Società ed a qualsiasi indagine che questi ritengano necessaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato stesso.

Art. 3 – Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennità convenuta, in favore degli aventi diritto in caso di decesso, di invalidità permanente dell'Assicurato, per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio può avere esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

Parimenti, nei casi di preesistente mutilazione o difetto fisico, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti.

a) MORTE

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifica – anche successivamente alla scadenza della polizza – entro due anni dal giorno dell'infortunio, la Società liquida la somma assicurata per il caso morte indicata all'art. 1 della Sezione 6.

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

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

b) MORTE PRESUNTA

La Società dichiara che se il corpo dell'Assicurato non venisse trovato entro un anno a seguito di arenamento, affondamento e naufragio del mezzo di trasporto aereo, lacustre, fluviale o marittimo, fermo

restando quanto previsto dalle Condizioni di Assicurazione, verrà riconosciuto l'indennizzo previsto per il caso di morte, considerando l'evento di cui sopra come infortunio.

La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi 6 mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta ai termini degli art. 60 e 62 C.C.

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

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

c) INVALIDITA' PERMANENTE

Se l'infortunio ha per conseguenza un'invalidità permanente e questa si verifica – anche successivamente alla scadenza della polizza – ma comunque entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquiderà a tale titolo una indennità calcolata sulla somma assicurata per invalidità permanente assoluta indicata alla Sezione 6.

La valutazione del grado di Invalidità Permanente sarà effettuata facendo riferimento alla Tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria per gli infortuni e le malattie professionali approvato con D.P.R. del 30.06.1965 n.1124 e successive modifiche ed integrazioni, con rinuncia da parte della Società all'applicazione delle franchigie relative previste dalla Legge, con l'intesa che le percentuali indicate nella Tabella anzidetta vengano riferite ai capitali assicurati per il caso di invalidità permanente totale.

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 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 della tabella sopraindicata vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta. Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti, l'indennità viene stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al limite massimo del 100%. Per la singole falangi terminali delle dita, escluso il pollice, si considera Invalidità Permanente soltanto l'asportazione totale. L'indennità per la perdita funzionale od 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 Tabella D.P.R. 30 giugno 1965 N.1124 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. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali sopraindicate sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Il diritto all'indennità per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi; tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Società paga l'importo liquidato od offerto ai beneficiari, o in difetto di designazione degli stessi, agli eredi dell'Assicurato secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

Per i casi in cui l'infortunio comporti una invalidità permanente di grado prevedibilmente superiore al 20% (ventipercento) e sia certamente indennizzabile, la Società porrà a disposizione dell'Assicurato, a titolo di acconto, un importo pari al 50% dell'indennità corrispondente all'indennizzo valutato al momento, da conguagliarsi in sede di definitiva liquidazione del sinistro. Il pagamento di tale anticipazione da parte della Società avverrà entro 30 giorni dal ricevimento della certificazione medica da cui risulta l'entità presunta dell'invalidità.

d) Indennizzo speciale per Invalidità permanente da infortunio

In caso di perdita totale a seguito di infortunio della vista, dell'udito o della voce verrà liquidato un importo pari al doppio di quello stabilito in base alla Tabella D.P.R. 30 giugno 1965 N.1124, e successive modifiche, con il massimo del 100% della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente.

Art. 4 – Liquidazione dell'indennità

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquiderà l'indennità che risulti dovuta, ne darà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvederà al pagamento entro 30 giorni dalla sottoscrizione dell'atto di liquidazione da parte della Società.

L'indennità viene corrisposta in Italia in Euro.

Gli stessi termini si applicano nei casi in cui la copertura assicurativa opera in forma rimborsale, dietro presentazione della documentazione completa attinente la pratica da parte dell'Assicurato (copia di documentazione medica, copia fotostatica della documentazione di spesa, da cui risulti il relativo quietanzamento, ed eventuale documentazione specifica richiesta).

Art. 5 - Controversie e collegio arbitrale

In caso di disaccordo sulla causa o sulla natura delle lesioni o sulla valutazione delle conseguenze attribuibili all'infortunio o sul grado di Invalidità Permanente nonché sulla liquidabilità delle indennità le Parti (Società ed Assicurato) si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere se ed in quale misura siano dovute le indennità, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un contraddittorio tra il medico dell'Assicurato e quello fiduciario della Società.

In caso di mancato accordo tra i due medici si procederà, con scrittura privata, a nominare quale terzo arbitro un medico designato dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio medico; il collegio medico così costituito risiede presso il domicilio dell'Assicurato.

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

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

E' data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'Invalidità Permanente ad epoca da fissarsi dal Collegio stesso, entro due anni, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sulle indennità da imputarsi nella liquidazione definitiva dell'infortunio.

SEZIONE 6 - CATEGORIE ASSICURATE - CASI E CAPITALI ASSICURATI**Art.1 – Categorie, Casi e Capitali assicurati**

L'assicurazione è prestata alle condizioni tutte della presente polizza per le persone appartenenti alle categorie di seguito indicate, per prestazioni e somme riportate nelle relative tabelle.

Cat.A) Amministratore Unico e Dirigenti;**Cat.B) Altre categorie: Quadri ed Ispettori – Impiegati Amministrativi – Fattorini/Autisti/Portavalori**

CATEGORIA A) AMMINISTRATORE & DIRIGENTI	Data di nascita	Capitali assicurati caso Morte €	Capitali assicurati caso Invalidità Permanente €	Premio annuo lordo €
FUSELLI FABIO – AMMINISTRATORE UNICO	02/04/1974	500.000,00	500.000,00	
FAVELLA GIUSEPPE - DIRIGENTE	01/08/1957	510.000,00	612.000,00	
CUSANO DIEGO - DIRIGENTE	25/04/1957	650.000,00	780.000,00	
CONFALONI GIUSEPPE - DIRIGENTE	20/02/1957	625.000,00	750.000,00	
PATRIGNANI CESARE - DIRIGENTE	14/08/1957	510.000,00	612.000,00	
MADERA MARIA LUISA - DIRIGENTE	09/10/1971	545.000,00	654.000,00	
PUGLIESE ERMELINDA - DIRIGENTE	29/10/1962	510.000,00	612.000,00	
DI CAPUA DAVIDE - DIRIGENTE	05/07/1964	625.000,00	750.000,00	
TOTALE PREMIO ANNUO CAT. A)				

CATEGORIE B) Altre Categorie	Dato preventivo numero Assicurati	Somme pro-capite assicurate caso Morte	Somme pro-capite assicurate Invalidità Permanente	Premio annuo lordo €
Quadri e Ispettori	182	260.000,00	285.000,00	
Impiegati Amministrativi	58	105.000,00	130.000,00	
Fattorini/Autisti/Portavalori	3	155.000,00	181.000,00	
TOTALE PREMIO ANNUO CAT. B)				

Art.2 – Inclusioni / esclusioni di Assicurati

Per gli appartenenti a tutte le categorie suindicate l'assicurazione è automaticamente estesa ad eventuali nuovi Assicurati in aumento rispetto allo stato di rischio ed numero indicato nella relativa tabella purché il Contraente ne dia comunicazione alla Società nei termini previsti all'art. 7 della Sezione 2; ugualmente per le variazioni numeriche derivanti da esclusioni/cessazioni degli Assicurati.

Calcolo del premio annuale

Il Contraente versa alla firma della presente polizza, a titolo di premio anticipato, l'importo riportato nella seguente tabella rappresentante il totale degli importi per singola categoria calcolati sulla base dei tassi e premi soprariportati.

Al termine di ogni annualità la Società calcola il premio dovuto sulla base delle variazioni e/o dati consuntivi comunicati dalla Contraente ai sensi dell'art. 2., il cui pagamento verrà effettuato ai sensi dell'art.7 Sezione 2 della presente polizza.

TOTALE PREMIO ANNUO CAT. A)	€
TOTALE PREMIO ANNUO CAT. B)	€

La presente polizza non è soggetta a premio minimo.

Scomposizione del premio annuale alla firma:

Premio annuo imponibile	Euro	=
Imposte	Euro	=
TOTALE	Euro	=

Art. 3- Suddivisione del premio

Si precisa che il premio indicato in polizza viene così ripartito:

- un importo pari al 30% per gli infortuni extra professionali
- un importo pari al 70% per gli infortuni professionali

Art. 4– Riparto di coassicurazione

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

Società	Agenzia	Percentuale di ritenzione

Art. 5– Disposizione finale

Rimane convenuto che si intendono operanti solo le presenti norme dattiloscritte, che annullano e sostituiscono integralmente le condizioni riportate su moduli a stampa forniti dalla Società che, pertanto, si devono intendere abrogate e prive di effetto.

La firma apposta dal Contraente su tale modulistica vale solo quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio tra le Società partecipanti alla coassicurazione.

IL CONTRAENTE

LA SOCIETA'
