

de

POLIZZA DI ASSICURAZIONE CUMULATIVA INFORTUNI PROFESSIONALI ED EXTRAPROFESSIONALI

CAPITOLATO INFORTUNI PROFESSIONALE ED EXTRAPROFESSIONALE
"GES.A.P. – Società di Gestione Aeroporto di Palermo S.p.A."

Durata della polizza

Dalle ore 24.00 del	31/03/2018
Alle ore 24.00 del	31/03/2021

Infortunati Professionali ed Extraprofessionali

CONTRAENTE: **GES.A.P.** – Società di Gestione Aeroporto di Palermo S.p.A.
PARTITA IVA: 03244190827
DOMICILIO: Aerostazione “Falcone – Borsellino” 90045 Punta Raisi-Cinisi (Palermo)
DURATA: 31.03.2018 – 31.03.2021
FRAZIONAMENTO: Annuale

CATEGORIA 1 – IMPIEGATI

- Morte : 3 volta la retribuzione annua con il massimo di € 300.000,00
- Invalidità permanente: 2 volta la retribuzione annua con il massimo di € 200.000,00
- Indennità giornaliera
da ricovero per infortunio: € 50,00
- Rimborso spese sanitarie: € 10.000,00

Preventivo retribuzione annua € 7.500.000,00 Tasso lordo % (Come da offerta economica)

Premio lordo annuo € (Come da offerta economica)

CATEGORIA 2 – OPERAI

- Morte : 3 volta la retribuzione annua con il massimo di € 300.000,00
- Invalidità permanente: 2 volta la retribuzione annua con il massimo di € 200.000,00
- Indennità giornaliera
da ricovero per infortunio: € 50,00
- Rimborso spese sanitarie: € 10.000,00

Preventivo retribuzione annua € 2.500.000,00 Tasso lordo% (Come da offerta economica)

Premio lordo annuo € (Come da offerta economica)

Franchigia su Invalidità permanente

Nessuna

INDICE

POLIZZA INFORTUNI PROFESSIONALI ED EXTRAPROFESSIONALI	
DEFINIZIONI	Pag. 5
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE	Pag. 6
Art. 1 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio	Pag. 6
Art. 2 – Modifiche dell'assicurazione	Pag. 6
Art. 3 – Aggravamento del rischio	Pag. 6
Art. 4 – Diminuzione del rischio	Pag. 6
Art. 5 – Buona fede	Pag. 6
Art. 6 – Altre assicurazioni	Pag. 6
Art. 7 – Durata e proroga dell'assicurazione	Pag. 6
Art. 8 – Pagamento del premio	Pag. 6
Art. 9 – Recesso in caso di sinistro	Pag. 7
Art. 10 – Rinuncia all'azione di rivalsa	Pag. 7
Art. 11 – Oneri Fiscali	Pag. 7
Art. 12 – Foro competente	Pag. 7
Art. 13 – Rinvio alle norme di legge	Pag. 7
Art. 14 – Forma delle comunicazioni	Pag. 7
Art. 15 – Coassicurazione e delega	Pag. 7
Art. 16 – Clausola broker	Pag. 7
Art. 17 – Obblighi relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari	Pag. 8
Art. 18 – Trattamento dei dati	Pag. 8
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI	Pag. 9
Art. 19 – Definizione di infortunio - oggetto dell'assicurazione	Pag. 9
Art. 20 – Esclusioni	Pag. 9
Art. 21 – Cessazione dell'assicurazione	Pag. 9
Art. 22 – Infermità, mutilazioni, difetti fisici	Pag. 10
Art. 23 – Limiti di età	Pag. 10
Art. 24 – Rischio volo	Pag. 10
Art. 25 – Limite per sinistro collettivo	Pag. 10
Art. 26 – Limiti territoriali	Pag. 10
Art. 27 – Criteri di indennizzabilità	Pag. 10
Art. 28 – Anticipo indennizzi	Pag. 10
Art. 29 – Limitazione relativa alle ernie	Pag. 11
Art. 30 – Morte – Beneficiari	Pag. 11
Art. 31 – Invalidità permanente	Pag. 11
Art. 32 – Cumulo di indennità	Pag. 11
Art. 33 – Denuncia dell'infortunio e obblighi relativi	Pag. 12
Art. 34 – Controversie	Pag. 12
Art. 35 – Regolazione del premio	Pag. 12

Art. 36 – Variazioni della persona del Contraente	Pag. 12
Art. 37 – Morte presunta	Pag. 13
Art. 38 – Liquidazione	Pag. 13
CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE	Pag. 14
Art. 39 – Condizioni valide per assicurazione stipulata in base all'ammontare delle retribuzioni	Pag. 14
Art. 40 – Guerra e insurrezione	Pag. 14
Art. 41 – Rimborso spese sanitarie	Pag. 14
Art. 42 – Indennità giornaliera da ingessatura	Pag. 15
Art. 43 - Indennità giornaliera da ricovero per infortunio	Pag. 15
Art. 44 – Rimpatrio della salma	Pag. 15
Art. 45 – Liquidazione invalidità permanente totale	Pag. 15
Art. 46 – Malattie tropicali	Pag. 15

DEFINIZIONI

Alle seguenti denominazioni le Parti attribuiscono convenzionalmente il significato qui precisato:

Assicurato	il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.
Assicurazione	il contratto di assicurazione.
Beneficiario	la persona fisica o giuridica alla quale la Società deve liquidare l'indennizzo in caso di infortunio mortale dell'Assicurato
Contraente	il soggetto che stipula l'assicurazione.
Day Hospital	la degenza in istituto di cura a regime esclusivamente diurno.
Inabilità temporanea	La perdita temporanea, in misura parziale o totale, della capacità dell'Assicurato ad attendere alle proprie occupazioni professionali.
Indennizzo	la somma dovuta dalla società in caso di sinistro.
Infortunio	l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili le quali abbiano per conseguenza la morte, un'inabilità permanente o un'inabilità temporanea
Infortunio Extraprofessionale	gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento di ogni normale attività non avente carattere professionale
Infortunio Professionale	gli infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio delle occupazioni professionali principali.
Invalidità Permanente	perdita o diminuzione definitiva ed irrimediabile, in misura parziale o totale, della capacità di un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione svolta.
Istituto di cura	l'ospedale pubblico, la clinica e la casa di cura sia convenzionati che privati, in Italia o all'estero, regolarmente autorizzati al ricovero dei malati, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno, beauty - farm.
Malattia	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
Polizza	il documento che prova l'assicurazione.
Premio	la somma dovuta dal contraente alla società.
Ricovero	la degenza in un istituto di cura che comporti almeno un pernottamento.
Rischio	la probabilità che si verifichi il sinistro.
Sinistro	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.
Società	la Compagnia assicuratrice.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

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

Art. 2 - Modifiche dell'assicurazione

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

Art. 3 - Aggravamento del rischio

Il Contraente e l'Assicurato devono dare comunicazione scritta alla Società di 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.

Art. 4- Diminuzione del rischio

In caso di diminuzione del rischio, la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alle comunicazioni del Contraente o dell'Assicurato, ai sensi dell'Art. 1897 C.C. e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 5 - Buona fede

L'omissione di dichiarazioni o comunicazioni della Contraente di una circostanza aggravante il rischio, così come qualsiasi errore e/o omissione non intenzionale o involontario della stessa e delle persone di cui deve rispondere a norma di legge, nonché dei suoi amministratori, non pregiudicheranno questa assicurazione.

Resta inteso che la Contraente avrà l'obbligo di corrispondere alla Società il maggior premio proporzionalmente al maggior rischio che ne deriva con decorrenza dal momento in cui la circostanza aggravante si è verificata.

Art. 6 - Altre assicurazioni

A deroga dell'art. 1910 del Codice Civile la Contraente o l'Assicurato non è tenuto a comunicare alla Società eventuali altre assicurazioni infortuni stipulate. Permane l'obbligo del Contraente di comunicare eventuali altre assicurazioni infortuni stipulate per le stesse persone con la Società stessa.

Art. 7 – Durata e proroga dell'assicurazione

La durata della polizza è stabilita in anni tre a decorrere dalle ore 24.00 del giorno 31/03/2018 alle ore 24.00 del 31/03/2021 e cesserà automaticamente la propria operatività alla scadenza senza necessità di alcuna comunicazione formale da ognuna delle parti. È pertanto espressamente escluso il tacito rinnovo.

È fatta salva, in ogni caso, la facoltà per le parti di recedere dalla polizza al termine di ogni periodo di assicurazione, mediante l'invio di lettera raccomandata spedita almeno 90 giorni prima della scadenza annuale. Alla scadenza del 31/03/2021 è facoltà del Contraente/Assicurato richiedere la proroga della presente polizza, alle medesime condizioni contrattuali e tariffarie, per il tempo necessario al completo espletamento delle procedure di aggiudicazione della nuova polizza e, comunque, per un massimo 180 giorni, previo invio di richiesta scritta all'Assicuratore, a mezzo raccomandata a/r. che la Società si impegna sin d'ora ad accettare.

Art. 8 - Pagamento del premio

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento.

A parziale deroga dell'Art. 1901 C.C. il Contraente è tenuto al pagamento della prima rata di premio entro 30 giorni dalla decorrenza della polizza fermo restando l'effetto della copertura assicurativa.

Se il contraente non paga i premi successivi l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, fermo il diritto della Compagnia al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art.1901 del Codice Civile.

I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Compagnia o al Broker.

Art. 9 - Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni denuncia di sinistro, e non oltre i 60 giorni successivi, le Parti possono comunicare la propria intenzione di recedere dalla polizza. Il recesso comunicato entro i termini avrà effetto decorsi 120 giorni dalla data di ricezione della relativa comunicazione che dovrà essere inviata a mezzo lettera raccomandata con ricevute di ritorno. In caso di recesso per sinistro la Società sarà tenuta a rimborsare la parte di premio netto relativa al periodo di rischio non corso.

Qualora esistano in vigore certificati e/o applicazioni che fanno riferimento alla presente polizza, la cancellazione della medesima avrà contestuale effetto anche per i predetti certificati e/o applicazioni.

Art. 10 - Rinuncia all'azione di rivalsa

La Società rinuncia al diritto di surroga derivante dall'art. 1916 del Codice Civile verso il responsabile dell'infortunio, lasciando così integri i diritti dell'Assicurato e dei suoi aventi causa contro i responsabili dell'infortunio

Art. 11 - Oneri fiscali

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

Art. 12 - Foro competente

Il Foro competente è esclusivamente quello del luogo in cui ha sede la Contraente.

Art.13 - Rinvio alle norme di legge

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

Art. 14 - Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni previste dal contratto devono esser fatte per iscritto alla Società o all'Agenzia alla quale è assegnata la Polizza o al Broker.

Art. 15 - Coassicurazione e delega

Valida esclusivamente in caso di coassicurazione ai sensi dell'art. 1911 C.C. e non in caso di A.T.I.

Qualora l'Assicurazione fosse ripartita per quote fra diverse Società coassicuratrici indicate nella polizza di Assicurazione, in deroga all'art. 1911 del Codice Civile, è stabilito il principio di solidarietà; pertanto la società delegataria, in via solidale, sarà comunque tenuta a rispondere nei confronti dell'assicurato e/o contraente, di tutti gli obblighi derivanti dalla polizza.

Il Contraente dichiara di avere affidato la gestione della presente polizza al Broker incaricato e le Società 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 dal Broker incaricato il quale tratterà con la Delegataria.

In particolare, tutte le comunicazioni inerenti la polizza, 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

Il Contraente dichiara di avere affidato la gestione della polizza alla GBSAPRI S.p.A., in qualità di Broker ai sensi del D.Lgs. 209/2005 e s.m.i.. Pertanto, agli effetti delle condizioni della presente polizza, gli Assicuratori danno atto

che ogni comunicazione fatta dal Contraente al Broker si intenderà come fatta agli Assicuratori stessi e viceversa, come pure ogni comunicazione fatta dal Broker agli Assicuratori si intenderà come fatta dal Contraente stesso. Gli Assicuratori inoltre, riconoscono che il pagamento dei premi fatto per il tramite del Broker sopra designato è liberatorio per la Contraente. La Società riconosce che la provvigione del Broker è a proprio carico. Il Broker tratterà all'atto della rimessa dei premi alla Società le commissioni di spettanza sul premio imponibile.

Qualora il contratto stipulato dal Contraente con il predetto Broker per il suddetto servizio di brokeraggio dovesse concludersi nel corso di validità della presente polizza, il Contraente comunicherà alla Società il nominativo del nuovo soggetto affidatario del servizio di brokeraggio assicurativo, nonché le condizioni praticate da quest'ultimo per l'eventuale periodo poliennale residuo.

Parimenti il corrispettivo per il servizio di brokeraggio corrisposto dalla Società spetterà al Broker subentrante a far tempo dalla prima scadenza successiva della polizza medesima rispetto alla data di subentro formale del nuovo Broker nella titolarità dell'appalto, senza che la compagnia di assicurazione od il Broker cessante possano opporre eccezione alcuna.

Art. 17 - Obblighi relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari

La Compagnia è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi di tracciabilità previsti dalla legge n. 136/2010 e s.m.i.; Nel caso in cui la Compagnia, nei rapporti nascenti con i propri eventuali 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 il Contraente. Il Contraente può verificare, in occasione di ogni pagamento alla Compagnia e con interventi di controllo ulteriori, l'assolvimento da parte dello stesso agli obblighi relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari. La Compagnia s'impegna a fornire ogni documentazione atta a comprovare il rispetto 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, qualora, nelle transazioni finanziarie relative a pagamenti effettuati dalla Compagnia sia rilevato il mancato utilizzo del bonifico bancario o postale ovvero degli altri strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni, la presente polizza si risolve di diritto ai sensi dell'art. 1456 c.c.. La risoluzione si verifica quando la parte interessata dichiara all'altra che intende valersi della clausola presente risolutiva. La risoluzione, in base all'art. 1458 c.c., non si estende alle obbligazioni della Compagnia derivanti da sinistri verificatisi antecedentemente alla risoluzione della polizza.

Art. 18 - Trattamento dei dati

Ai sensi del D.lgs 196/2003, ciascuna delle Parti (Contraente, Assicurato, Società, Broker) consente il trattamento dei dati personali rilevabili dalla polizza o che ne derivino, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Art. 19 - Definizione di infortunio - oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio delle occupazioni professionali ed extraprofessionali.

Sono considerati infortuni gli eventi dovuti a causa fortuita, violenta ed esterna, che producano lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, una invalidità permanente o una inabilità temporanea.

Sono considerati infortuni anche:

- a) l'asfissia anche non di origine morbosa per fuga di gas, vapori o esalazioni velenose;
- b) gli avvelenamenti o intossicazioni conseguenti ad ingestione od assorbimento di sostanze in genere;
- c) le infezioni od avvelenamenti da morsi o punture in genere; l'annegamento;
- d) l'assideramento o congelamento; la folgorazione;
- e) i colpi di sole, di calore o di freddo;
- f) le conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche o di trattamenti resi necessari da infortunio indennizzabile a termini di polizza;
- g) le lesioni (esclusi gli infarti) determinate da sforzi;
- h) le forze della natura compresi movimenti tellurici, maremoti, eruzioni vulcaniche, alluvioni, frane, valanghe, slavine e inondazioni;
- i) gli infortuni subiti in seguito ad infarto.

In via esemplificativa si precisa che la garanzia vale anche per gli infortuni derivanti all'Assicurato:

- j) dalla pratica non professionale di qualsiasi sports, ad eccezione di sports aerei in genere e paracadutismo (si intendono compresi pertanto anche gli infortuni derivanti da immersione con autorespiratore nonché le embolie e le conseguenze della pressione dell'acqua);
- k) durante il servizio militare;
- l) per scariche elettriche e da contatto con corrosivi;
- m) durante la guida di autoveicoli, imbarcazioni o motocicli di qualsiasi cilindrata;
- n) durante scalate di rocce ed accesso a ghiacciai fino al 3° grado, oltre purché non in solitaria;
- o) per imprudenze, negligenze o colpa grave, in stato di malore, incoscienza e vertigini;
- p) in occasione di rapine, attentati, sequestri, tumulti popolari, atti violenti od aggressioni in genere;
- q) azioni di dirottamento o di pirateria aerea;
- r) ernie addominali traumatiche con le limitazioni di cui all'art. 11) delle Norme che regolano l'assicurazione infortuni.

Art. 20 - Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni occorsi:

- a) durante l'arruolamento volontario, il richiamo alle armi per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;
- b) per eventi direttamente connessi allo stato di guerra dichiarata o non dichiarata;
- c) durante la guida e l'uso, salvo quanto previsto dal successivo art. 23), di mezzi di locomozione aerea e la guida di mezzi subacquei;
- d) in conseguenza di dolo o di azioni delittuose dell'Assicurato;
- e) sotto l'influenza di stupefacenti, psicofarmaci ed allucinogeni assunti volontariamente;
- f) da stato di ubriachezza alla guida di veicoli o natanti in genere;
- g) in conseguenza diretta od indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche.

Art. 21 - Cessazione dell'Assicurazione

Non sono assicurabili le persone affette da infermità mentale, alcolismo, tossicodipendenza e l'assicurazione cessa con il loro manifestarsi.

Art. 22 - Infermità, mutilazioni, difetti fisici

Fermo il disposto dell'Art. 26) delle Norme il Contraente è esonerato dalla denuncia di infermità, difetti fisici o mutilazioni da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione.

Art. 23 - Limiti di età

L'Assicurazione vale per le persone di età non superiore ai 75 anni.

Per le persone che raggiungono tale età in corso di contratto, l'assicurazione mantiene la sua validità sino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa al compimento di detto termine senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso vengono restituiti al Contraente.

Art. 24 - Rischio volo

L'assicurazione comprende gli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei effettuati in qualità di passeggero di velivoli ed elicotteri eserciti da società di traffico aereo regolare, non regolare e di trasporto a domanda, nonché da autorità civili e militari in occasione di traffico civile, da ditte o privati per attività turistica e di trasferimento e da società di lavoro aereo, esclusivamente durante trasporto pubblico passeggeri, ed è prestata per le somme corrispondenti a quelle assicurate con la presente polizza e per rischi da essa previsti.

Restano in ogni caso esclusi i voli effettuati su velivoli ed elicotteri eserciti da aeroclubs.

La somma delle garanzie di cui alla presente polizza e di eventuali altre assicurazioni stipulate dall'Assicurato o da altri in suo favore per il rischio volo con la Società non potrà superare i seguenti importi:

- Euro 6.000.000,00 per il caso di Invalidità permanente
- Euro 6.000.000,00 per il caso di morte
- Euro 6.000,00 per il caso di inabilità temporanea se assicurata la prestazione complessivamente per aeromobile.

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

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

Art. 25 - Limite per sinistro collettivo

In caso di infortunio che colpisse contemporaneamente più persone assicurate in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà superare l'importo di euro 6.000.000,00 qualunque sia il numero delle persone infortunate assicurate con la presente polizza e con eventuali altre stipulate per lo stesso rischio con l'infrascritta Società.

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

Art. 26 - Limiti territoriali

L'assicurazione vale per tutto il mondo.

Art. 27 - Criteri di indennizzabilità

La Società liquida l'indennità convenuta soltanto per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che risulti indennizzabile a termini di polizza, indipendentemente da malattia o difetti fisici preesistenti o sopravvenuti; 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.

Nei casi di preesistenti mutilazioni o difetti fisici, 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 derivato dalle condizioni preesistenti.

Art. 28 – Anticipo indennizzi

La Società, su richiesta dell'Assicurato, corrisponde un anticipo dell'indennizzo relativo alla garanzia invalidità permanente, da imputarsi nella liquidazione definitiva della stessa, qualora l'accertamento definitivo sia rinviato per

accordo delle Parti ad oltre 2 anni dal giorno dell'infortunio, a condizione che non sorgano contestazioni sull'indennizzabilità dell'infortunio, fino al 50% del presumibile indennizzo definitivo, con il massimo di euro 50.000,00.

Art. 29 - Limitazione relativa alle ernie

L'Assicurazione è estesa, limitatamente ai casi di Invalidità Permanente e di Inabilità Temporanea (sempre che quest'ultima sia prevista dal contratto), alle ernie traumatiche o da sforzo, con l'intesa che:

- a) qualora l'ernia risulti operabile, verrà corrisposta solamente l'indennità per il caso di Inabilità Temporanea fino ad un massimo di trenta giorni.
- b) qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposta solamente una indennità non superiore al 10% della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente totale.

Art. 30 Morte - Beneficiari

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifichi - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida la somma assicurata per il caso di morte agli aventi diritto previsti dal contratto di lavoro se la polizza è stipulata in ottemperanza al contratto stesso, diversamente alle persone designate dall'Assicurato, la cui dichiarazione scritta può essere depositata presso la Contraente o in assenza di dichiarazioni agli eredi legittimi e/o testamentari.

Ad integrazione di quanto sopra si prende atto che lo stato dichiarato di "coma irreversibile" conseguente ad infortunio viene parificato alla morte.

Art. 31 - Invalidità permanente

Se l'infortunio ha per conseguenza una Invalidità Permanente e questa si verifica entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida, per tale titolo, una indennità calcolata sulla somma assicurata per Invalidità Permanente assoluta secondo le disposizioni seguenti ed in base alle percentuali indicate nella tabella di cui all'allegato 1) del D.P.R. 30 giugno 1965 n° 1124 e successive modifiche intervenute, con rinuncia della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge.

La perdita assoluta 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 stabilite dalla tabella vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.

Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti in uno stesso infortunio, l'indennità viene stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al limite massimo del 100%.

Nei casi di Invalidità Permanente non specificati nella tabella, l'indennità è stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi elencati, della misura nella quale è sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo.

In caso di perdita anatomica o di riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui trattasi sono diminuite tenendo conto del grado di Invalidità preesistente.

In caso di constatato mancinismo, le percentuali di Invalidità Permanente stabilite dalla suddetta tabella di legge per l'arto superiore destro e la mano destra varranno per l'arto superiore sinistro e la mano sinistra e viceversa.

Il diritto all'Indennità per Invalidità Permanente è di carattere personale e quindi non trasmissibile agli eredi.

Tuttavia se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che le indennità siano state liquidate o comunque offerte in misura determinata, la Società paga ai beneficiari l'importo liquidato od offerto. Se dopo il pagamento di una indennità per Invalidità Permanente ma entro due anni prima dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari la differenza fra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di Morte, ove questa sia superiore, e non chiede rimborso nel caso contrario.

Art. 32 - 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 due anni dal giorno dell'infortunio, ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari designati o, in difetto, agli eredi la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di Morte, ove questa sia superiore, e non chiede il rimborso nel caso contrario.

Il diritto all'indennità per Invalidità permanente é di carattere personale e quindi non 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.

Art. 33 - Denuncia dell'infortunio e obblighi relativi

La denuncia dell'infortunio con l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che lo determinarono, corredata di certificato medico, deve essere fatta per iscritto alla Direzione della Società, all'Agenzia cui è assegnata la polizza o al Broker, entro 30 giorni lavorativi dall'infortunio o dal momento in cui la Contraente, l'Assicurato od i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità. Avvenuto l'infortunio, l'Assicurato deve ricorrere alle cure di un medico e seguirne le prescrizioni. Successivamente l'Assicurato deve inviare, periodicamente e sino a guarigione avvenuta, certificati medici sul decorso delle lesioni.

Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, deve esserne dato immediato avviso alla Società.

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

Art. 34 - Controversie

In caso di divergenza sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni o 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 sono prese a maggioranza di voti con dispensa da ogni formalità di legge senza contravvenire alla legge stessa.

La proposta di convocare il collegio medico deve partire dall'Assicurato o dagli aventi diritto, entro trenta giorni da quello in cui è stata comunicata la decisione della Società e deve essere fatta per iscritto con l'indicazione del nome del Medico designato, dopo di che la Società comunica all'Assicurato, entro trenta giorni, il nome del Medico che essa a sua volta designa.

Il terzo medico viene scelto dalle Parti entro una terna di medici proposta dai due primi; in caso di disaccordo lo designa il Segretario dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio medico.

Nominato il terzo Medico, la Società convoca il Collegio invitando l'Assicurato o gli aventi diritto a presentarsi. Il Collegio medico risiede nel Comune, sede dell'Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza 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.

É 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.

La decisione del collegio medico è obbligatoria per le Parti anche se uno dei Medici si rifiuti di firmare il relativo verbale.

Art. 35 - Regolazione del premio

Se il premio è convenuto in tutto o in parte in base ad elementi di rischio variabili, esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto nel certificato ed è regolato alla fine di ogni annualità assicurativa 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 60 gg. dalla fine di ogni anno di assicurazione o della minor durata del contratto, il contraente deve fornire per iscritto alla Società i dati necessari.

Le differenze attive o passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei 30 gg. dalla relativa comunicazione. Se il Contraente non effettua il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società potrà agire giudizialmente nei suoi confronti e addebiterà anche le maggiori spese sostenute.

Art. 36 - Variazioni della persona del Contraente

In caso di alienazione dell'Azienda o di parte delle attività alle quali sono addette le persone assicurate, il Contraente deve trasmettere all'acquirente l'obbligo di continuare il contratto per la parte che lo riguarda.

Nel caso di fusione della società contraente, il contratto continua con la società che rimane sussistente o che risulta dalla fusione.

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 della sua messa in liquidazione, il contratto continua fino alla chiusura della liquidazione. Le variazioni sopra indicate devono essere comunicate dal Contraente, o da eventi causa, entro il termine di 15 giorni dal loro verificarsi, alla Società, la quale nei 30 giorni successivi ha facoltà di recedere dal contratto, dandone comunicazione con preavviso di 15 giorni.

Art. 37 - Morte presunta

La Società dichiara che se il corpo dell'Assicurato non viene trovato entro sei mesi a seguito di arenamento, affondamento e naufragio del mezzo di trasporto aereo, lacustre, fluviale o marittimo contemplato in polizza, nonché scomparsa per qualsiasi altra causa, fermo restando l'art. 18), verrà riconosciuto il risarcimento previsto per il caso di morte, considerando l'evento di cui sopra come infortunio.

Quando sia stato effettuato il pagamento delle indennità ed in seguito l'Assicurato ritorni o si abbiano di lui notizie sicure, la Società ha diritto alla restituzione delle intere somme pagate e relative spese, e l'Assicurato stesso potrà far 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 garantite da questa polizza.

Art. 38 - Liquidazione

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquida l'indennità che risulti dovuta, ne dà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvede al pagamento. L'indennità verrà corrisposta in Italia in valuta italiana.

CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE

Art. 39 - Condizioni valide per assicurazione stipulata in base all'ammontare delle retribuzioni

- a) Agli effetti assicurativi per retribuzione si intende tutto quanto al lordo delle ritenute il dipendente effettivamente riceve a compenso delle sue prestazioni, comprese le indennità fisse, i premi, le gratificazioni, i compensi speciali di qualsiasi natura (escluso quanto corrisposto a titolo di rimborso spese), quando pure abbiano carattere transitorio o di contingenza, la partecipazione agli utili e le provvigioni, nonché l'equivalente in denaro di tutte le corrisposizioni in natura purché sul tutto sia conteggiato o conteggiabile il premio di assicurazione.
- b) Per liquidazione delle indennità è considerata retribuzione annua dell'infortunato quella percepita nel mese precedente a quello in cui si è verificato l'infortunio, moltiplicato per le mensilità di contratto; 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 per i titoli di cui sopra, purché su tali somme sia conteggiato o sia conteggiabile il premio di assicurazione.
- c) Per i dipendenti che non abbiano raggiunto il mese di servizio e per quelli assunti temporaneamente, per liquidazione delle indennità è considerata retribuzione annua dell'infortunato quella che si ottiene moltiplicando per 365 la retribuzione giornaliera media attribuibile all'infortunato per il periodo di tempo decorrente dall'assunzione in servizio fino al giorno dell'infortunio.
- d) La Contraente è esonerata 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 della S.I., libri che questa si impegna ad esibire in qualsiasi momento, insieme ad ogni altro documento probatorio in suo possesso a semplice richiesta delle persone incaricate dalla Società di fare accertamenti e controlli.
- e) Il tasso di premio viene pattuito nella cifra specificata nel conteggio di liquidazione per ogni mille euro di retribuzione computata ai sensi di quanto indicato nella scheda a pag. 2.
Al premio risultante verranno applicati gli sconti e le maggiorazioni eventualmente pattuiti ed aggiunte le addizionali e le tasse. Il premio viene anticipato dalla Contraente in base al preventivo annuo di retribuzione, pure specificato nel conteggio del premio e lo stesso verrà regolato come previsto dall'art. 34) delle Norme che regolano l'assicurazione infortuni.

Art. 40 - Guerra e insurrezione

A parziale deroga di quanto previsto all'Art. 9) delle Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni, la garanzia si intende estesa agli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) e di insurrezione per il periodo massimo di 14 gg. dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero in un paese sino ad allora in pace.

Sono comunque esclusi dalla garanzia gli infortuni derivanti dalla predetta clausola che colpissero l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, dello Stato della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.

Art. 41 – Rimborso spese sanitarie

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza la Società rimborsa fino a concorrenza della somma assicurata in polizza le spese sostenute in conseguenza diretta dell'infortunio per:

- onorari dei chirurghi o dell'équipe operatoria;
- uso della sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi terapeutici ed endoprotesi applicati durante l'intervento;
- rette di degenza;
- esami ed accertamenti diagnostici;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- trasporto dell'Assicurato in istituto di cura in caso di ricovero e rientro al domicilio effettuato con qualsiasi mezzo, esclusa comunque l'auto privata;

- prestazioni medico-infermieristiche, medicinali, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari incluse le carrozzelle ortopediche.

Sono altresì comprese le spese per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre o eliminare le conseguenze di danni estetici provocati da infortunio.

La Società effettua il rimborso previa presentazione dei documenti giustificativi di spesa in originale. Il pagamento viene effettuato a cura ultimata, previa applicazione per ciascun evento dell'eventuale scoperto/franchigia indicato in polizza, importo che rimane quindi a carico dell'Assicurato.

La Società, su richiesta dell'Assicurato, corrisponde un anticipo dell'indennizzo dovuto, da imputarsi nella liquidazione definitiva dello stesso, qualora l'Assicurato abbia subito un ricovero ed abbia sostenuto delle spese documentate per un importo non inferiore ad € 1.000,00. In tal caso l'Assicurato dovrà presentare, oltre alla documentazione delle spese, certificazione dell'istituto di Cura che attesti la data ed il motivo del ricovero nonché il presunto ammontare totale delle spese sanitarie. L'anticipo viene corrisposto nei limiti suddetti, salvo conguaglio a cura ultimata.

Art. 42 – Indennità giornaliera da ingessatura

Qualora in caso di infortunio all'Assicurato venga applicato apparecchio gessato o tutore immobilizzante esterno equivalente, la Società liquida un'indennità giornaliera nella misura di un millesimo della somma assicurata per invalidità permanente con il limite giornaliero di € 60,00 e per un periodo massimo di 40 giorni fino alla rimozione dell'apparecchio gessato o del tutore immobilizzante esterno equivalente per tutto il tempo in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica ad attendere alle proprie occupazioni professionali dichiarate.

La Società, su richiesta dell'Assicurato, corrisponde un anticipo dell'indennizzo dovuto, da imputarsi nella liquidazione definitiva dello stesso, su presentazione di documenti che attestino e giustifichino l'applicazione di apparecchi gessati o tutore immobilizzante esterno equivalente fermi i limiti suddetti.

Detta indennità non si cumula con quella eventualmente prevista per "Indennità giornaliera da ricovero per infortunio" per il tempo di ricovero in istituto di cura.

Art. 43 – Indennità giornaliera da ricovero per infortunio

Qualora in caso di infortunio l'Assicurato venga ricoverato in istituto di cura, la Società liquida una indennità per ogni giorno di ricovero nella misura di euro 50,00 e per un periodo massimo di 300 giorni – anche non consecutivi – da quello dell'infortunio. Il giorno di dimissione non è indennizzabile.

In caso di day hospital, la Società liquida una speciale indennità pari al 50% della indennità giornaliera prevista per il caso di ricovero in istituto di cura.

La Società, su richiesta dell'Assicurato, corrisponde un anticipo dell'indennizzo dovuto, da imputarsi nella liquidazione definitiva dello stesso, su presentazione di documenti che attestino e giustifichino il ricovero fermo i limiti suddetti.

In caso di prolungarsi della degenza la richiesta dell'anticipo può essere presentata con cadenza mensile.

Detta indennità non si cumula con quella prevista per "Indennità giornaliera da ingessatura".

Art. 44 - Rimpatrio della salma

In caso di decesso dell'Assicurato avvenuto all'estero a seguito di evento indennizzabile la Società rimborsa agli eredi, di cui all'art. 29) delle Norme che regolano l'assicurazione infortuni, le spese sostenute per il trasporto della salma in patria, entro il limite massimo di Euro 2.500,00.

Art. 45 - Liquidazione invalidità permanente totale

Per i casi di Invalidità Permanente conseguenti ad infortunio di grado non inferiore al 65% accertato con i criteri di indennizzabilità previsti dalle Norme che regolano l'assicurazione in generale verrà corrisposto un indennizzo pari al 100% del capitale Assicurato.

Art. 46 - 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 Euro 500.000,00 Morte e Euro 500.000,00 Invalidità Permanente.

La somma assicurata per Invalidità Permanente è soggetta ad una franchigia relativa del 20%. Pertanto non si darà 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.

La contraente dichiara che gli assicurati si trovano in perfette condizioni di salute e che sono stati sottoposti alle prescritte pratiche di profilassi.