



LOTTO N° 5 – CIG 71184499F0

Capitolato speciale dell'assicurazione

INFORTUNI

Il Responsabile Unico del Procedimento
Ing. Francesco La Valle



DEFINIZIONI

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

Assicurazione

Il contratto di assicurazione

Polizza

Il documento che prova l'assicurazione

Contraente

A.M.A.CO. S.p.A.

Assicurato

I soggetti il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

Società o Compagnia

L'impresa assicuratrice.

Premio

La somma dovuta dal Contraente alla Società

Rischio

La probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivare

Sinistro

Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa

Indennità

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro

Franchigia

Parte di danno che rimane a carico dell'Assicurato

Rischi professionali

Gli infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio delle proprie occupazioni professionali, compresi gli infortuni che l'assicurato subisca durante il normale percorso di andata e ritorno dal luogo di abitazione al luogo di lavoro, nel tempo necessario alla sua effettuazione e sempre che gli infortuni stessi siano stati regolarmente denunciati all'INAIL.

Rischi extraprofessionali

Gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento di ogni attività che non abbia carattere professionale, compreso il bricolage.

Infortunio

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

Invalidità permanente

Perdita, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità generica dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione

Inabilità temporanea

A.M.A.CO. S.p.A.
Capitolato speciale dell'assicurazione infortuni

La perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale della capacità dell'Assicurato ad attendere alla propria normale attività

Ricovero

Degenza in istituto di cura comportante almeno un pernottamento

Day Hospital

Degenza in istituto di cura in esclusivo regime diurno

Retribuzione annua lorda (R.A.L)

Per retribuzione annua lorda (R.A.L.) si intende tutto quanto, al lordo delle ritenute, il dipendente effettivamente riceve a compenso delle sue prestazioni: oltre allo stipendio, tutti gli elementi costitutivi della retribuzione aventi carattere continuativo, ivi comprese le provvigioni, i contributi di produzione ed ogni altro compenso ed indennità, anche se non di ammontare fisso, la tredicesima e la eventuale quattordicesima.

Non forma parte della retribuzione quanto corrisposto a titolo di rimborso spese.

Ai fini della liquidazione delle indennità è considerata retribuzione annua dell'infortunato quella percepita per i titoli di cui sopra nei 3 mesi precedenti quello in cui si è verificato l'infortunio, moltiplicata per quattro ed al netto delle somme relative a retribuzioni non pagabili ricorrentemente in ciascun mese. All'importo così ottenuto si aggiungono:

- le somme non pagabili ricorrentemente in ciascun mese, ma effettivamente corrisposte all'infortunato nei 3 mesi cui sopra;
- la tredicesima ed eventualmente la quattordicesima mensilità, pagate al dipendente prima dell'infortunio.

Per i dipendenti che non abbiano raggiunto l'anno di servizio e per quelli assunti temporaneamente, ai fini della liquidazione delle indennità è considerata retribuzione annua quella che si ottiene moltiplicando per 365 la retribuzione giornaliera media attribuibile all'Assicurato per il periodo decorrente dall'assunzione in servizio sino al giorno dell'infortunio.

1. NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

1.1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – Buona fede

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

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

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

1.2 - Decorrenza della garanzia e pagamento del premio

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza, anche in pendenza del pagamento del premio di prima rata sempre che detto pagamento, in deroga all'art. 1901 C.C., avvenga entro i 60 giorni successivi. In caso contrario l'assicurazione avrà effetto dalle ore 24 del giorno di pagamento.

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

I premi saranno pagati alla Società o all'agenzia alla quale è assegnata la polizza.

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

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

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

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

1.3 - Regolazione del premio

Il premio verrà anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza e sarà regolato a 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 dei premi.

A tale scopo entro 120 giorni dalla fine di ogni annualità assicurativa o della minor durata del contratto, il Contraente dovrà fornire per iscritto alla Società i dati necessari al conteggio del premio definitivo.

Le differenze attive o passive risultanti dalle regolazioni devono essere pagate entro 60 giorni dalla ricezione della relativa comunicazione. Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti ed il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società deve fissargli mediante atto formale di messa in mora un ulteriore termine non inferiore 30 giorni, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo all'annualità assicurativa per la quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva. Conseguentemente l'assicurazione resta

A.M.A.CO. S.p.A.
Capitolato speciale dell'assicurazione infortuni

sospesa fino alle ore 24.00 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare con lettera raccomandata la risoluzione del contratto.

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

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

1.4 - Modifiche dell'assicurazione

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

1.5 - Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società ed il Contraente possono esercitare la facoltà di recesso; la stessa ha effetto alla scadenza del periodo annuo di assicurazione in corso a condizione che venga comunicato almeno 120 giorni prima di detta scadenza.

1.6 - Durata del contratto

Il contratto ha la durata indicata in frontespizio, con la possibilità di avvalersi, da parte del contraente, della procedura di cui al comma 5 dell'articolo 63 del D. Lgs. 50/2016 limitatamente all'anno successivo alla data di stipulazione del contratto dell'appalto iniziale.

Il contratto, comunque, cesserà irrevocabilmente alla scadenza del detto periodo (un anno più eventuale secondo anno) senza obbligo di disdetta e con esclusione del tacito rinnovo.

Sia alla scadenza del primo anno, se la Società e/o l'Assicurato dichiara la volontà di non estendere la copertura al secondo anno, sia alla scadenza del secondo anno, su espressa richiesta scritta dell'Assicurato, al fine di consentire l'espletamento della procedura per l'aggiudicazione di un nuovo contratto, la Società s'impegna a prorogare l'assicurazione, alle condizioni economiche e normative in corso, per un periodo massimo di 180 giorni oltre la scadenza contrattuale e dietro corresponsione del corrispondente rateo di premio salvo in caso di recesso per sinistro.

1.7 - Rinvio alle norme di legge

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

1.8 - Obbligo di fornire i dati sull'andamento del rischio

La Società, a semplice richiesta del Contraente ed entro 20 (venti) giorni dal ricevimento della stessa, si impegna a fornire al Contraente il dettaglio dei sinistri così suddiviso:

- a) sinistri denunciati;
- b) sinistri riservati (con indicazione dell'importo a riserva);
- c) sinistri liquidati (con indicazione dell'importo liquidato);
- d) sinistri senza seguito;
- e) sinistri respinti;
- f) sinistri relativamente ai quali la società ha effettuato rivalsa nei confronti di terzi responsabili con indicazione dell'importo.

La documentazione di cui sopra dovrà essere fornita al Contraente mediante supporto informatico compatibile ed utilizzabile dal Contraente stesso.

Gli obblighi precedentemente descritti devono intendersi validi fino alla completa definizione dei sinistri denunciati.

1.9 - Interpretazione del contratto

Il presente capitolato normativo abroga e sostituisce ogni diversa previsione degli stampati della Società eventualmente uniti all'assicurazione, restando convenuto che la firma apposta dal Contraente sui detti stampati vale esclusivamente quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio fra le Società eventualmente partecipanti alla coassicurazione. Ciò premesso, si

conviene fra le parti che in caso di dubbia interpretazione delle norme contrattuali verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole al Contraente/Assicurato.

1.10 - Oneri fiscali

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

1.11 - Foro competente

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

1.12 - Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società

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

1.13 - Coassicurazione e delega

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

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

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

1.14 - Obblighi della Società relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari

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

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

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

1.15 - Trattamento dei dati

Ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003, ciascuna delle parti consente il trattamento dei dati personali rilevabili dalla polizza o che ne derivino, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali.

2.NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

2.1 – Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione vale per gli Infortuni che l'Assicurato subisce nell'esercizio delle attività professionali principali e secondarie dichiarate dal Contraente (rischi professionali), compreso il rischio in itinere e le missioni effettuate con l'impiego di normali mezzi di locomozione.

Sono compresi in garanzia anche:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti acuti di origine traumatica, da ingestione o assorbimento di sostanze;
- contatto con corrosivi;
- le affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi, esclusi il carbonchio, la malaria e le malattie tropicali;
- l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento;
- la folgorazione;
- i colpi di sole o di calore;
- le lesioni (esclusi gli infarti) determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico;
- gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismi, attentati, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- gli infortuni derivanti da malore ed incoscienza;
- gli infortuni derivanti da imprudenza e negligenza anche gravi;
- gli infortuni derivanti dall'uso o guida di ciclomotori e motocicli di qualunque cilindrata, trattori e macchine agricole semoventi, veicoli a motore e natanti, a condizione che l'Assicurato sia in possesso, ove prescritto, di regolare patente di abilitazione alla guida;
- gli infortuni subiti in conseguenza di calamità naturali costituite da terremoto, maremoto, eruzione vulcanica, alluvioni, inondazioni e fenomeni connessi;
- 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.

2.2 – Esclusioni

Salvo patto speciale non sono compresi nell'assicurazione gli infortuni derivanti da:

- a) partecipazione a gare e corse (e relative prove) calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo; 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;
- b) gli infortuni derivanti da guerra e insurrezioni, salvo quanto previsto all'Art. 2.3 - Rischio Guerra; da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- c) gli infortuni che siano conseguenza diretta od indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo e di radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, e da esposizione a radiazioni ionizzanti;
- d) gli infortuni derivanti dall'abuso di psicofarmaci o da uso non terapeutico di stupefacenti od allucinogeni;
- e) gli infortuni occorsi in occasione di partecipazione ad imprese temerarie, salvo in quest'ultimo caso che si tratti di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- f) le conseguenze di operazioni chirurgiche e di accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio;
- g) stato di ubriachezza quando l'Assicurato è alla guida di veicoli e natanti a motore.

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, 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.

2.4 – Morte presunta

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termine del contratto di assicurazione, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato, e si presume sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà ai beneficiari indicati nel contratto di assicurazione il capitale previsto per il caso di morte.

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

Nel caso che, successivamente al pagamento, risulti che la morte non si è verificata o che comunque non è dipesa da infortunio indennizzabile, la Società avrà diritto al rimborso dell'intera somma liquidata.

A restituzione avvenuta dell'intera somma liquidata, l'Assicurato non deceduto potrà far valere i propri diritti per l'invalidità eventualmente subita e residua, anche se nel frattempo fossero trascorsi oltre due anni dall'evento subito e, quindi, senza che si possano da parte della Società invocare eventuali termini di prescrizione, che, al più, decorreranno da quel momento.

2.5 – Infortuni aeronautici

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

2.6 – Limiti territoriali

L'assicurazione viene prestata per tutto il mondo.

In ogni caso il pagamento delle indennità verrà effettuato in Italia in Euro.

2.7 – Limiti di età

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore agli ottanta anni.

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

2.8 – Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone affette da infermità mentali che incidano sulla capacità di intendere e di volere, da alcoolismo o da tossicodipendenza.

L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi.

Il Contraente è esonerato dal notificare le malattie, le infermità, le mutilazioni ed i difetti fisici da cui fossero affette le persone assicurate.

2.9- Morte

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifica entro 2 anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida ai beneficiari la somma assicurata per il caso di morte. Per beneficiari si intendono, salvo diversa designazione da parte dell'Assicurato, gli eredi testamentari o legittimi. In caso di premorienza o commorienza dei beneficiari designati, detta somma sarà liquidata agli eredi testamentari o legittimi.

Qualora l'assicurazione sia stata stipulata in ottemperanza al C.C.N.L. applicabile all'Assicurato, la somma per il caso di morte sarà corrisposta alle persone cui spetta obbligatoriamente in forza del citato C.C.N.L. e solo in mancanza di tali persone si applicherà quanto disposto dai primi due commi del presente articolo. Vengono parificati al caso di morte il caso in cui l'Assicurato venga

dichiarato disperso alle competenti Autorità ed il caso di sentenza di morte presunta, ai sensi dell'art. 60 comma 3 del Cod. Civ ..

2.10 Invalidità permanente

Se l'infortunio ha per conseguenza un'invalidità permanente e questa si verifica entro 2 anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida per tale titolo un'indennità calcolata sulla somma assicurata per invalidità permanente, secondo la tabella annessa al T.U. sull'assicurazione Obbligatoria per gli infortuni e le malattie professionali approvata con D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 e successive modifiche, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge.

Per gli Assicurati mancini, si conviene che le percentuali di Invalidità Permanente previste dalla citata tabella per l'arto superiore destro, varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa.

La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto, viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se si tratta di minorazione, le percentuali vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta. Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi o arti, l'indennità viene stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al limite massimo del 100%.

L'indennità per la perdita funzionale ed 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, l'indennità è stabilita tenendo conto della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorati, le percentuali sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Nel caso di ernia che per essere determinata da infortunio (ernia traumatica) risulti compresa in garanzia, l'indennità è stabilita come segue:

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

Questi massimi valgono anche se l'ernia è bilaterale.

Qualora insorga contestazione circa l'operabilità o meno dell'ernia, la decisione sarà rimessa al Collegio Arbitrale.

Nei casi di invalidità permanente non specificati, 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.

Ad integrazione di quanto previsto dalle condizioni precedentemente richiamate, si conviene fra le parti quanto segue:

- a) per la definizione di infortunio professionale si fa riferimento alla legge infortuni sul lavoro di cui al D.P.R. 30.06.1965, n° 1124 T.U. e successive modifiche intervenute fino alla data di stipulazione del presente contratto;
- b) le percentuali di Invalidità Permanente indicate nella tabella di cui all'allegato I del decreto di cui al precedente comma, vengono riferite ai capitali assicurati in polizza per il caso di Invalidità Permanente assoluta e la liquidazione sarà fatta in contanti anziché sotto forma di rendita;
- c) nei casi di invalidità permanente di grado pari o superiore al 50% sarà liquidata l'indennità pari all'intero capitale assicurato;
- d) decorso almeno 90 giorni dall'infortunio, su richiesta dell'Assicurato la Società, quando abbia preventivato un grado di invalidità permanente superiore al 20%, anticiperà il pagamento di un indennizzo calcolato con riferimento all'anzidetta percentuale, al netto di eventuali franchigie.

2.11 – Infortuni extraprofessionali (garanzia valida se espressamente richiamata nella Scheda di polizza)

Si conviene che le garanzie di polizza si intendono estese anche agli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento di ogni attività che non abbia carattere professionale (Rischi extraprofessionali).

Agli effetti della presente garanzia devono intendersi confermati i contenuti dei punti b), c) e d) del precedente art. 2.10.

2.12- Malattia professionale (garanzia valida se espressamente richiamata nella Scheda di polizza)

Si conviene che le garanzie di polizza si intendono estese anche alle Malattie professionali che si manifestassero nel corso della validità della polizza, intendendosi come tali quelle riconosciute per l'attività esercitata dal Contraente dalla legge infortuni di cui al punto a) del precedente art. 2.10, che producano la morte o riducano l'attitudine generica al lavoro in misura superiore al 10%.

Agli effetti di tale estensione, il contraente dichiara che gli Assicurati non presentano alcuna manifestazione morbosa che possa farli ritenere affetti da qualsiasi delle malattie professionali, mentre si impegna, nel caso di inclusione in garanzia di altre persone, a ragguagliare preventivamente la società sulle condizioni dei singoli. Il periodo massimo utile per procedere alla valutazione definitiva del danno "*malattie professionali*" viene fissato in due anni dal giorno della denuncia della malattia.

Si intendono confermati agli effetti della presente garanzia i contenuti dei punti b), c) e d) del precedente art. 2.10.

2.13 Inabilità temporanea (garanzia valida se espressamente richiamata nella Scheda di polizza)

Si considera inabilità temporanea l'incapacità dell'Assicurato ad attendere, per un periodo di tempo limitato, alle sue occupazioni. Qualora sia provato che l'infortunio ha causato l'inabilità temporanea, la Società con riferimento alla natura e conseguenza delle lesioni riportate dall'Assicurato, liquidano l'indennità giornaliera indicata nella sezione "Partite e capitali assicurati":

- a) integralmente, per tutto il tempo in cui l'Assicurato si è trovato nell'incapacità fisica di attendere completamente alle sue occupazioni;
- b) al 50%, per tutto il tempo in cui l'Assicurato si è trovato nell'incapacità fisica di attendere in parte alle sue occupazioni.

L'indennità cessa con il giorno della avvenuta guarigione risultante dal certificato medico; se però l'Assicurato non trasmette tale certificato, viene considerata data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato medico regolarmente inviato. L'indennità per inabilità temporanea viene corrisposta per un periodo massimo di 300 giorni da quello dell'infortunio regolarmente denunciato.

2.14 – Rimborso spese mediche (garanzia valida se espressamente richiamata nella Scheda di polizza)

Per la cura di lesioni causate da infortunio indennizzabile a termini di polizza, la Società rimborsa, sino alla concorrenza del massimale assicurato indicato nella sezione "Partite e capitali assicurati", le spese sostenute per:

- ricovero o intervento chirurgico in day hospital: spese sostenute per degenza in istituto di cura per onorari di medici, cure mediche, esami, diritti di sala operatoria, materiale di intervento, trattamenti riabilitativi, rette di degenza;
- prestazioni sanitarie extra-ricovero: spese sostenute per accertamenti diagnostici, onorari medici, interventi chirurgici ambulatoriali, cure mediche, trattamenti riabilitativi, noleggio apparecchiature terapeutiche e/o ortopediche, cure e protesi dentarie;
- intervento riparatore di danno estetico (deturpazione obiettivamente constatabile): spese sostenute per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico, nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica.

2.15 - Diaria da ricovero (garanzia valida se espressamente richiamata nella Scheda di polizza)

Se in conseguenza dell'infortunio l'Assicurato è ricoverato in istituto di cura, la Società liquida un'indennità per ogni giorno di ricovero pari al massimale giornaliero assicurato indicato nella sezione "Partite e capitali assicurati", per un periodo massimo di 180 giorni - anche non consecutivi - da quello dell'infortunio.

Il giorno di dimissione non è indennizzabile.

2.16 – Altre assicurazioni

E' data facoltà al Contraente di non comunicare:

- altre assicurazioni che avesse o che stipulasse in futuro con altre Società per gli stessi rischi assicurati dalla presente polizza;
- eventuali contratti individuali che gli assicurati avessero stipulato o stipulassero anche per proprio conto.

2.17 – Esonero denuncia generalità degli assicurati

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate.

Per l'identificazione di tali persone, si farà riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione del Contraente.

2.18 – Rinuncia rivalsa

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

2.19 – Denuncia dell'infortunio ed obblighi relativi

La denuncia dell'infortunio con una dettagliata descrizione dello stesso e delle sue cause e conseguenze, corredata di certificato medico, deve essere fatta alla Società cui è assegnato il contratto di assicurazione nel termine di 30 giorni dall'infortunio o dal momento in cui l'Assicurato o gli aventi diritto ne abbiano avuto possibilità. Avvenuto l'infortunio, l'Assicurato deve ricorrere alle cure di un medico e seguirne le prescrizioni, nonché informare periodicamente la Società sul decorso delle lesioni.

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

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

2.20 - Criteri di indennizzo

La Società corrisponderà l'indennità per le sole conseguenze dell'Infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio può aver esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

Parimenti, nei preesistenti casi di mutilazioni o difetti fisici, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette dell'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra e sana, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti.

2.21- Cumulo di indennità

L'indennità per inabilità temporanea è cumulabile con quella per morte o per invalidità permanente. Se dopo il pagamento di una indennità per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio, ed in conseguenza di questo l'Assicurato muore, la Società corrisponderà ai beneficiari designati o, in difetto, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali, la differenza tra l'Indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore, e non chiederanno il rimborso nel caso contrario.

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

2.22 - Controversie e collegio arbitrale

In caso di disaccordo sulla causa o sulla natura delle lesioni o sulla valutazione delle conseguenze attribuibili all'infortunio, la vertenza viene deferita ad un Collegio Arbitrale che risiede presso il Contraente. Il Collegio è composto di tre medici, di cui due nominati dalle Parti, una per ciascuna, ed il terzo d'accordo fra i due primi, o, in difetto, dal Presidente dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio Arbitrale.

Gli arbitri, tenendo presenti le condizioni del contratto di assicurazione, decidono a maggioranza inappellabilmente come amichevoli compositori senza alcuna formalità giudiziaria; le loro decisioni impegnano le Parti anche se l'arbitro dissenziente non le ha sottoscritte.

Ciascuna delle Parti sopporta le spese del proprio arbitro e metà di quelle del terzo.

2.23 – Pagamento dell'indennizzo

Valutato il danno, verificata l'operatività della garanzia e ricevuta la necessaria documentazione, la Società provvede al pagamento dell'indennizzo.

2.24 - Limite catastrofale

Nel caso di infortunio che colpisca contemporaneamente più persone assicurate, in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà comunque superare l'importo di Euro 10.000.000,00.

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

2.25 – Precisazione

- **Rischi professionali 70%**
- **Rischi extraprofessionali 30%**

2.26 Danni estetici

In caso di infortunio che abbia cagionato un danno di carattere estetico e lo stesso non risulti altrimenti indennizzabile in forza del presente contratto, la Società rimborserà, fino ad un massimo di Euro 2.500,00 per Assicurato, le spese per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico, comprese le spese per interventi di chirurgia plastica ed estetica.

2.27 Malattie tropicali

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

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

2.28 Spese di rimpatrio

La garanzia viene estesa alle spese di rimpatrio che le persone assicurate (o il Contraente per esse) dovessero sostenere a seguito di infortunio grave occorso all'estero, nonché al rimborso delle spese sostenute in caso di decesso per il rimpatrio della salma.

Per tale estensione di garanzia è previsto un limite di Euro 5.000,00 per Assicurato.

SCHEDA DI POLIZZA

Contraente: **AMACO S.p.A.**
Via Torrevecchia
87100 Cosenza
P.I. 00179160783

durata del contratto: anni 1, con possibilità di rinnovo per un altro anno
effetto dal: 29/07/2017
scadenza il: 29/07/2018

CATEGORIE, CAPITALI E GARANZIE ASSICURATE	
---	--

Nota bene: di seguito:
R.A.L. = Retribuzione annua lorda (come da definizione)

..

Categoria 1) Dirigenti

Ad integrazione di quanto previsto dall'art. **2.1** di polizza (Oggetto dell'Assicurazione - infortuni derivanti dai Rischi Professionali), le garanzie prestate dal contratto per la presente categoria di assicurati vengono estese agli infortuni derivanti dai Rischi Extraprofessionali ed alle Malattie Professionali nei termini previsti agli articoli **2.11** e **2.12** di polizza.

Somme assicurate pro capite:

- **Morte:** n. 5 volte la R.A.L. con il massimo di €..1.000.000,00
- **Invalidità permanente:** n. 6 volte la R.A.L. con il massimo di €..1.200.000,00
- **Rimborso spese sanitarie da infortunio:** € 5.000,00

Parametro per il calcolo del premio:

- | | | |
|---|-------------------|--------------|
| - | Preventivo R.A.L. | € 200.000,00 |
|---|-------------------|--------------|

A.M.A.CO. S.p.A.
Capitolato speciale dell'assicurazione infortuni

SCHEDA DI CONTEGGIO DEL PREMIO

CONFERMA DI CONFERMAZIONE DEL PREMIO				
Categoria Assicurata	Garanzia	Parametro di calcolo del premio		Premio NETTO annuo
Dirigenti		100.000,00 (retribuzioni)		
PREMIO NETTO ANNUO COMPLESSIVO				1.300,00

Scomposizione del premio

Premio annuo imponibile	1.300,00
--------------------------------	-----------------

La Società

Il Contraente
