

**LOTTO 5
CAPITOLATO TECNICO DELL'ASSICURAZIONE
ASSICURAZIONE INFORTUNI**

CONTRAENTE

**AZIENDA PISANA EDILIZIA SOCIALE
(Provincia di Pisa)**



1. - DEFINIZIONI

1.1 -DEFINIZIONI

Apparecchio gessato	Applicazione di mezzi di contenzione costituiti da fasce gessate o da altri mezzi comunque immobilizzanti, fissi e rigidi, applicati in Istituto di Cura o da personale medico specializzato, allo scopo di favorire il processo di guarigione di lesioni scheletriche e/o capsulo legamentose. Sono compresi nei mezzi di contenzione anche gli apparecchi "don joy".
Assicurato	La persona o le persone nel cui interesse è stata stipulata l'assicurazione ed a cui spettano i diritti derivanti dal contratto.
Assicurazione	Il contratto di assicurazione e quindi il complesso delle garanzie prestate in polizza.
Broker	Assiteca S.p.A. con sede legale in Milano, Via G. Sigieri 14 (Filiale di Livorno P.zza Damiano Chiesa 44) mandatario incaricato dal Contraente per la gestione ed esecuzione del contratto, quale intermediario ai sensi dell'art. 109 comma 2 lett. b) del D.lgs. n. 209/2005.
Contraente	Azienda Pisana Edilizia Sociale.
Franchigia	L'importo fisso di danno indennizzabile che rimane a carico dell'Assicurato.
Inabilità temporanea	Temporanea capacità ad attendere alle occupazioni professionali svolte.
Indennizzo	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Infortunio	L'evento, dovuto a causa violenta, fortuita ed esterna, che provoca lesioni obiettivamente constatabili.
Invalidità permanente	La perdita, totale o parziale, definitiva della capacità generica lavorativa dell'Assicurato indipendentemente dalla professione esercitata.
Massimale	La somma massima dovuta dalla Società per ogni sinistro e per ogni anno assicurativo.
Polizza	Il documento che prova il contratto di assicurazione.
Premio	La somma dovuta dal Contraente alla Società quale corrispettivo dell'assicurazione.
Ricovero ospedaliero	Degenza risultante dalla cartella clinica comportante almeno un pernottamento.
Rischio	La probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.
Scoperto	La percentuale di danno indennizzabile che rimane a carico dell'Assicurato.
Sinistro	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.
Società	L'Impresa assicuratrice indicata nel frontespizio della presente polizza.

2. - CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

2.1 – Prova del contratto

L'assicurazione e le sue eventuali modifiche devono essere provate per iscritto, fatta eccezione per quanto diversamente normato.

2.2 – 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.

2.3 – 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 potranno essere pagati alla Società o all'agenzia alla quale è assegnata la polizza, anche per il tramite del Broker incaricato.

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.

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.

Tale disposizione contrattuale è altresì operante sia per tutti i pagamenti posteriori alla fase di aggiudicazione e stipula del contratto, sia per i pagamenti di rate, appendici e/o regolazioni premio successive, scaturenti dal medesimo contratto assicurativo.

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

2.4 – 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 telex o telegramma o telefax o e-mail o altro strumento idoneo ad assicurarne la provenienza.

2.5 – Foro competente

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

2.6 – Rinvio alle norme di legge

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

2.7 – Altre assicurazioni

Il Contraente e l'Assicurato sono esonerati dall'obbligo di denunciare alla Società eventuali altre polizze da loro stipulate.

2.8 – Durata dell'assicurazione

Il contratto ha la durata indicata in frontespizio e cesserà irrevocabilmente alla scadenza del detto periodo senza obbligo di disdetta e con esclusione del tacito rinnovo.

Su espressa richiesta scritta del Contraente, al fine di consentire l'espletamento della procedura per l'aggiudicazione di un nuovo contratto, la Società s'impegna tuttavia 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

Nel caso di contratto di durata poliennale, ciascuna delle parti ha la facoltà di rescindere il contratto medesimo ad ogni scadenza annua intermedia, mediante comunicazione scritta, da inviarsi all'altra parte almeno 90 giorni prima della scadenza del periodo assicurativo annuo in corso.

In caso di recesso da parte della Società, previa richiesta del Contraente, la stessa è obbligata a concedere una proroga per un periodo massimo di 90 giorni.

2.9 – Oneri fiscali

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

2.10 – Rinvio alle norme di legge

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

2.11 – Obbligo di fornire i dati sull'andamento del rischio

1. 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.
2. La documentazione di cui sopra dovrà essere fornita al Contraente mediante supporto informatico compatibile e utilizzabile dal Contraente stesso.
3. Gli obblighi precedentemente descritti devono intendersi validi fino alla completa definizione dei sinistri denunciati.
4. La Società si impegna a fornire ogni altra informazione disponibile, relativa al contratto assicurativo in essere che il Contraente, d'intesa con la Società, ritenga utile acquisire nel corso della vigenza del contratto.

2.12 – Interpretazione del contratto

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 su quanto contemplato dalle condizioni tutte di assicurazione.

2.13 – 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 coassicuratrice 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 e alla disdetta, devono trasmettersi dall'una all'altra parte unicamente per il tramite della Società coassicuratrice 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;
- i premi di polizza verranno corrisposti dal Contraente 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.

2.14 – Elementi per il calcolo e la regolazione del premio

Il premio viene anticipato dal Contraente in via provvisoria, sulla base dei parametri e dei rispettivi importi unitari indicati nella scheda di polizza quali elementi per il conteggio del premio.

Il detto premio viene definito al termine di ciascun periodo assicurativo annuo sulla scorta delle differenze registrate a consuntivo negli anzidetti parametri.

A tal fine, entro 120 giorni dalla scadenza di ogni periodo assicurativo annuo, il Contraente è tenuto a comunicare alla Società il consuntivo dei parametri sopra menzionati, affinché la Società stessa possa procedere alla regolazione del premio definitivo.

L'eventuale differenza attiva o passiva di premio risultante dalla regolazione deve essere pagata dalla parte debitrice entro i 60 giorni successivi a quello di ricevimento, da parte del Contraente, della relativa appendice emessa dalla Società, inteso che l'eventuale differenza passiva verrà rimborsata al Contraente al netto delle imposte.

La mancata comunicazione dei dati occorrenti per la regolazione costituisce presunzione di una differenza attiva a favore della Società. Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti od il pagamento dell'eventuale differenza attiva dovuta, la Società può fissargli un ulteriore termine non inferiore ai 30 giorni. Trascorso tale termine, il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto od in garanzia di quello relativo al periodo assicurativo per il quale non ha avuto luogo la regolazione o non è stato effettuato il pagamento della differenza attiva; in carenza della prescritta comunicazione o del pagamento della differenza attiva dovuta alla Società, l'assicurazione resta sospesa fino alla ore 24 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare, per iscritto, 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 i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

2.15 – Clausola Broker

1. Il Contraente dichiara di avvalersi, per la gestione e l'esecuzione del presente contratto - ivi compreso il pagamento dei premi - dell'assistenza e della consulenza del broker. Pertanto, a parziale deroga delle norme che regolano l'assicurazione, il Contraente e la Società si danno reciprocamente atto che ogni comunicazione inerente l'esecuzione del presente contratto - con la sola eccezione di quelle riguardanti la cessazione del rapporto assicurativo - dovrà essere trasmessa, dall'una all'altra parte, unicamente per il tramite del Broker.
2. Per effetto di tale pattuizione ogni comunicazione fatta alla Società dal Broker, in nome e per conto del Contraente, si intenderà come fatta da quest'ultimo e, parimenti, ogni comunicazione inviata dalla Società al Broker si intenderà come fatta al Contraente. Resta inteso che il Broker gestirà in esclusiva per conto del Contraente il contratto sottoscritto, per tutto il permanere in

vigore dell'incarico di brokeraggio, con l'impegno del Contraente a comunicarne alla Società l'eventuale revoca ovvero ogni variazione del rapporto che possa riguardare il presente contratto. Non viene meno il potere della Contraente di corrispondere direttamente i premi o di formulare comunicazioni direttamente alla compagnia.

3. La Società inoltre, riconosce che il pagamento dei premi e delle eventuali regolazioni potrà essere fatto, come di norma sarà effettuato, dal Contraente tramite il Broker sopra designato; resta intesa l'efficacia liberatoria, anche a termine dell'art. 1901 del Codice Civile, del pagamento così effettuato. Con ciò non è esclusa la possibilità del contraente di corrispondere direttamente i premi.
4. Il Broker invierà alla Società delegataria, a mezzo telefax le relative comunicazioni d'incasso e la Società riterrà valida agli effetti della copertura assicurativa la data di spedizione risultante dalla data di invio del telefax.
5. I premi incassati dal Broker verranno versati alla Società entro il giorno 10 del mese successivo a quello dell'incasso, fermi restando i termini temporali della copertura.
6. La remunerazione del broker, che ha eseguito le attività di cui sopra, è a carico della Compagnia nella misura, in percentuale sul premio imponibile, del 3,49%.

2.16 – 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, la Società e, ove presente, l'intermediario, 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, il subappaltatore o l'intermediario 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.

3. NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

3.1 – Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione è prestata per gli infortuni subiti dagli Assicurati appartenenti alle Categorie assicurate.

È considerato infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, una invalidità permanente oppure un'inabilità temporanea.

3.2 – Estensione territoriale

L'assicurazione vale per i danni od eventi che si verificano in tutti i Paesi del Mondo. In ogni caso il pagamento dell'indennità verrà effettuato in Italia in Euro.

3.3 – Esonero denuncia generalità 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 registri tenuti in regola dal Contraente o ad altri documenti probatori depositati presso il Contraente.

3.4 – Estensioni dell'assicurazione

Sono compresi in garanzia:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti acuti di origine traumatica, da ingestione o assorbimento di cibo o di altre sostanze;
- contatto con corrosivi;
- le morsicature, le punture e le ustioni causate da animali e/o vegetali in genere, nonché le infezioni tetaniche conseguenti ad infortuni risarcibili a termine di polizza;
- le alterazioni patologiche conseguenti a morsi di animali e punture di insetti o aracnidi, esclusa la malaria;
- l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento;
- la folgorazione;
- i colpi di sole o di calore;
- le lesioni 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 e 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 e atmosferiche;
- gli infortuni derivanti da abuso di alcolici, con l'esclusione di quelli subiti alla guida di veicoli e/o natanti in genere;
- le conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche o di altre cure rese necessarie da infortunio;
- gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza o sotto l'effetto di sostanze stupefacenti, purché l'assunzione di queste ultime abbia comprovato carattere terapeutico, esclusi quelli sofferti alla guida di mezzi di locomozione.

3.5 – Rischio di guerra all'estero

L'assicurazione è estesa agli infortuni avvenuti all'estero e derivanti da stato di guerra, dichiarata o non, per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se e in quanto l'Assicurato risulti

sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero in un paese sino ad allora in pace

3.6 - Rischio volo

L'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi in aereo effettuati in qualità di passeggero, su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti tranne che:

- da società e/o aziende di lavoro aereo, in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;
- da aeroclubs;

Il viaggio aereo si intende iniziato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso.

3.7 – 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. 3.5 - Rischio Guerra;
- c) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- d) gli infortuni che siano conseguenza diretta o indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo e di radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, e da esposizione a radiazioni ionizzanti;
- e) gli infortuni derivanti dall'abuso di psicofarmaci o da uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni;
- f) 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;
- g) le conseguenze di operazioni chirurgiche e di accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio;
- h) stato di ubriachezza quando l'Assicurato è alla guida di veicoli e natanti a motore.

3.8 – 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.

In ogni caso, l'assicurazione cessa con il loro manifestarsi senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti dopo tale circostanza, premi che in tal caso vengono restituiti al Contraente al netto degli oneri fiscali.

3.9 – Limiti di età

L'assicurazione non vale per le persone di età superiore a 80 (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

3.10 – Esonero dall'obbligo della denuncia di infermità, difetti fisici o mutilazioni

Fermo il disposto dell'art. 3.8 "Persone non assicurabili", il Contraente è esonerato dall'obbligo di comunicare alla Società infermità, difetti fisici o mutilazioni da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione del presente contratto o che dovessero in seguito sopravvenire, fermo restando che la liquidazione delle indennità, in caso di sinistro, verrà effettuata tenendo conto della preesistente infermità, mutilazione o difetto fisico secondo le risultanze del referto medico.

3.11 – Morte

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifica entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Compagnia liquida ai beneficiari designati la somma assicurata per il caso di morte. In difetto di designazione, detta somma sarà liquidata, in parti uguali, agli eredi.

3.12 – 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 c.c.

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

A restituzione avvenuta dell'intera somma liquidata, l'Assicurato non deceduto potrà far valere i propri diritti per l'invalidità eventualmente subita e 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.

3.13 – Malattie contratte in servizio e per cause di servizio

L'assicurazione viene estesa ai sensi del D.P.R. 27.03.1969 n. 130 e ss.mm.ii. anche alle malattie contratte in servizio e per cause di servizio che abbiano per conseguenza la morte e l'invalidità permanente.

L'operatività della garanzia è subordinata alla condizione che la malattia insorga nel corso del rapporto assicurativo e si manifesti entro un anno dalla data di cessazione del rapporto stesso.

Sono escluse dalla garanzia le nevrosi, le malattie mentali, quelle tubercolari e quelle che sono conseguenza diretta o indiretta di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche.

Non si darà luogo ad indennizzo per l'invalidità permanente, causata da malattia contratta in servizio e per cause di servizio, quando questa sia di grado pari o inferiore al 15% della totale. Se invece essa risulterà superiore al 15% della totale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente.

3.14 – Invalidità permanente

Se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente e questa si verifica entro due anni dal giorno in cui l'infortunio è avvenuto, anche successivamente alla scadenza della polizza, la Compagnia liquida la somma assicurata se l'invalidità è totale.

L'indennizzo per invalidità permanente parziale è calcolato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, in proporzione al grado di invalidità accertata secondo i criteri e le percentuali indicate nella tabella di cui all'allegato 1 alla Legge 30.06.1965 n. 1124 e successive modifiche e integrazioni in vigore fino al 24/07/2000, con rinuncia della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge.

Nei confronti delle persone affette da mancinismo, le percentuali di invalidità previste per l'arto superiore destro e la mano destra, varranno per l'arto superiore sinistro e la mano sinistra e viceversa.

Se la lesione comporta una minorazione anziché la perdita totale, le percentuali della tabella sopraindicata vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella di cui sopra, l'indennizzo è stabilito in riferimento alle percentuali dei casi indicati, tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

Nel caso l'infortunio determini menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con criteri aritmetici fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso.

La perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale d'invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna lesione, con il 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 a 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.

Nei casi di invalidità permanente di grado pari o superiore al 65% sarà liquidata l'indennità pari all'intero capitale assicurato. Per i Dirigenti, nei casi di invalidità permanente di grado pari o superiore al 50%, sarà liquidata l'indennità pari all'intero capitale assicurato.

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.

Anticipo indennizzo per invalidità permanente

L'Assicurato avrà diritto di ottenere, su esplicita richiesta, il pagamento di un acconto pari al 50% del presumibile ammontare dell'indennizzo per invalidità permanente da conguagliarsi in sede di definitiva liquidazione del sinistro, a condizione che:

- non esistano dubbi sull'indennizzabilità dell'infortunio, da parte della Società;
- sia stato accertato da parte della Società come prevedibile, un grado di invalidità permanente superiore al 20%.

Quanto sopra senza che l'acconto costituisca impegno definitivo della Società sul grado di invalidità permanente da liquidarsi.

L'obbligo della Società sorgerà comunque non prima che siano trascorsi 90 (novanta) giorni dall'infortunio.

3.15 - Limite di risarcimento

Nel caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più Assicurati, l'esborso a carico della Società non potrà superare la somma complessiva di € 20.000.000,00

Qualora le indennità liquidabili ai sensi del contratto di assicurazione eccedessero nel loro complessivo tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

3.16 – 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 a un massimo di Euro 2.500,00 per Assicurato, le spese per cure e applicazioni effettuate allo scopo di ridurre o eliminare il danno estetico, comprese le spese per interventi di chirurgia plastica ed estetica.

3.17 – Rientro sanitario

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.

3.18 – 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.

3.19 – Sanctions Clause

Resta stabilito che la Società non sarà obbligata a garantire copertura alcuna o al pagamento di sinistro alcuno, ancorché indennizzabile a termini di polizza, qualora così facendo si esponesse a certe e dimostrabili sanzioni derivanti da risoluzioni delle Nazioni Unite o sanzioni economiche o commerciali, leggi, regolamenti o direttive dell'Unione Europea, Regno Unito e Stati Uniti d'America.

In ogni caso, in caso di conflitto tra fonti normative disciplinanti il regime di sanzioni tra Stati, resta stabilita la supremazia del diritto europeo e l'applicazione del Regolamento (CE) n. 2271/96 (cd. Regolamento di blocco) e del Regolamento (UE) n. 267/2012.

4. - CONDIZIONI RELATIVE ALLA DENUNCIA DEI SINISTRI

4.1 – Denuncia del sinistro e comportamenti successivi

La denuncia dell'infortunio, con la descrizione dell'evento e delle cause che lo determinano, corredata anche successivamente di certificato medico, deve essere fatta per iscritto alla Società entro 30 giorni dal sinistro o dal momento in cui il Contraente o l'Assicurato o i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità. Successivamente il Contraente o l'Assicurato devono inviare certificati medici sul decorso delle lesioni.

Nel caso di inabilità temporanea, i certificati dovranno essere rinnovati. In caso di mancato rinnovo, la liquidazione dell'indennità viene fatta considerando data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che la Società possa stabilire una data diversa. L'Assicurato o - in caso di morte - il beneficiario, devono consentire le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dalla Società.

4.2 – Criteri di indennizzabilità

La Compagnia corrisponde l'indennizzo 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 derivato dalle condizioni preesistenti, fermo quanto stabilito dal punto 3.16 - Invalidità permanente.

4.3 – Cumulo di indennità

L'indennità per inabilità temporanea e il rimborso delle spese mediche a seguito di infortunio sono cumulabili 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 Compagnia 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 in caso contrario.

4.4 – Clausola Arbitrale

Le controversie mediche sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni, sul grado di invalidità permanente, sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti al punto 4.2 - Criteri di indennizzabilità, le Parti demandano per iscritto la decisione ad un Collegio di tre Medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei Medici.

Il Collegio Medico risiede nel comune, sede di 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 per il terzo medico.

È data facoltà al Collegio Medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria dell'indennizzo.

Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali. I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

4.5 - Rinuncia alla rivalsa

La Società rinuncia ad ogni azione di rivalsa per le somme pagate, lasciando così integri i diritti dell'Assicurato, o dei suoi aventi causa, nei confronti dei responsabili dell'infortunio.

SCHEDA DI POLIZZA

Costituente parte integrante della polizza infortuni n°

Contraente e Assicurato: Azienda Pisana Edilizia Sociale
Via E. Fermi, 4
56126 Pisa
P.IVA / C.F.: 01699440507

durata del contratto: 3 anni, con:
effetto dal: 30/06/2022
scadenza il: 30/06/2025
scadenza prima rata il: 30/06/2023
frazionamento annuale

Assicurati

L'assicurazione è operante in favore degli Assicurati e con riferimento agli ambiti meglio precisati alle seguenti singole Sezioni, per le indennità assicurate e dietro corresponsione dei premi rispettivamente indicati in ciascuna di esse:

Sezione A – Presidente, Consiglieri, Sindaci e Revisori

Sezione B – Dirigenti

Sezione C – Dipendenti

Riepilogo premi lordi annui di ciascuna sezione

Sezione	Premio lordo
Sezione A	€.....
Sezione B	€.....
Sezione C	€.....
TOTALE	€.....

Scomposizione del premio

Premio annuo imponibile	€.....
Imposte	€.....
TOTALE	€.....

Sezione A – Amministratori

Assicurati

Amministratore unico.

Ambito di validità dell'assicurazione

La garanzia è prestata per gli infortuni subiti dagli Assicurati a causa e in occasione dell'attività svolta per conto del Contraente, compreso il rischio in itinere.

Somme assicurate per persona

Caso morte € 600.000,00

Caso invalidità permanente € 600.000,00

Rimborso Spese Mediche € 20.000,00

Elementi per il conteggio del premio

Il premio annuo lordo viene determinato in base:

Parametro: n. persone	Premio unitario lordo	Premio lordo annuo
1	€.....	€.....

Sezione B – Dirigenti

Assicurati

Dirigenti.

Ambito di validità dell'assicurazione

La garanzia vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca sia nell'esercizio delle occupazioni professionali, ivi compreso il rischio in itinere, che nello svolgimento di ogni normale attività che non abbia carattere professionale.

Somme assicurate per persona

Ciascuna persona si intende assicurata per

- in caso di morte per una somma corrispondente a 5 volte la retribuzione annua con il massimo assicurato di € 500.000,00;
- in caso di invalidità permanente fino a una somma corrispondente a 6 volte la retribuzione annua con il massimo assicurato di € 600.000,00

Condizione particolare Dirigenti

Art. 1 - L'assicurazione è prestata, per ciascuna persona:

- a) in caso di morte: per una somma corrispondente a 5 volte la retribuzione annua, col massimo assicurato indicato nella scheda di polizza;
- b) in caso di invalidità permanente: fino ad una somma corrispondente a 6 volte la retribuzione annua, col massimo assicurato indicato nella scheda di polizza.

Art. 2 - Agli effetti del calcolo del premio per retribuzione si intende tutto quanto, al lordo delle ritenute, il dirigente effettivamente riceve in compenso delle sue prestazioni, comprese le indennità fisse, i premi, le gratificazioni, i compensi speciali di qualsiasi natura, le indennità di disagio, di missione, la tredicesima e la eventuale quattordicesima.

Art. 3 - Per la liquidazione delle indennità, è considerata retribuzione annua dell'infortunato quella percepita per i titoli di cui sopra nel mese precedente a quello in cui si è verificato l'infortunio, moltiplicata per dodici.

All'importo così ottenuto si aggiungono:

- le somme relative a retribuzioni non pagabili ricorrentemente in ciascun mese e corrisposte effettivamente all'infortunato nei dodici mesi precedenti, purché su tali somme sia conteggiato o sia conteggiabile il premio di assicurazione;
- 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.

Art. 4 - Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per la identificazione di tali persone, per la determinazione delle somme assicurate ed il computo del premio si farà riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione del Contraente, libri che questi si obbliga 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.

Art. 5 - Il tasso di premio lordo pattuito è quello che figura nella scheda di polizza e viene applicato su ogni mille euro di retribuzioni computate a sensi dell'art. 2.

Il premio viene anticipato dal Contraente in base al preventivo annuo di retribuzioni sotto indicato. La regolazione del premio definitivo viene effettuato in base a quanto previsto dall'art. 2.14 "elementi per il calcolo e la regolazione del premio" delle condizioni generali di assicurazione.

Art. 6 – Malattie professionali - L'assicurazione viene estesa anche alle malattie professionali, che siano insorte nel corso della validità del presente contratto, intendendosi come tali quelle attualmente previste al D.P.R. 30.06.1965 n. 1124 (o comunque riconosciute dalla Magistratura) e con la franchigia relativa prevista. È fatta eccezione per le conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche che si intendono escluse dalla garanzia.

Art. 7 - Per i casi di invalidità permanente di grado pari o superiore al 50%, sarà liquidata l'indennità pari all'intero capitale assicurato per il caso di invalidità permanente.

Elementi per il conteggio del premio

Il premio annuo lordo, soggetto a regolazione, viene determinato in base:

Parametro: retribuzioni annue lorde	Tasso lordo %°	Premio lordo annuo
€ 65.000,00	€.....	€.....

Sezione C – Dipendenti

Assicurati

Tutti i dipendenti del Contraente nonché altri soggetti, quali, a titolo meramente indicativo e non esaustivo: personale comandato da altre Aziende-Enti, titolari di contratti di collaborazione o di incarichi a contratto, lavoratori interinali e disciplinati dalla L. Biagi.

Ambito di validità dell'assicurazione

La garanzia vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca sia nell'esercizio delle occupazioni professionali-

La garanzia è operante anche in occasione di missioni esterne svolte per conto di Aziende-Enti presso i quali i menzionati assicurati siano comandati dal Contraente, anche per incarichi di reggenza o di supplenza, sempre che per tali incarichi siano considerati i corrispondenti elementi pattuiti per il computo del premio della presente sezione.

Assicurazione in base ai multipli delle retribuzioni

Il premio viene anticipato in base al preventivo delle retribuzioni lorde annue corrisposte al personale dipendente, alle quali è applicato il tasso lordo di premio, che rimane fisso per tutta la durata del contratto, come indicati nella scheda di polizza; il detto premio è soggetto a conguaglio al termine di ciascun periodo assicurativo, sulla scorta delle retribuzioni lorde annue registrate a consuntivo.

Agli effetti del calcolo del premio per retribuzione si intende tutto quanto, al lordo delle ritenute, il dipendente effettivamente riceve in compenso delle sue prestazioni, comprese le indennità fisse, i premi, le gratificazioni, i compensi speciali di qualsiasi natura, le indennità di disagio, di missione, la tredicesima e la eventuale quattordicesima.

Ai fini della liquidazione delle indennità è considerata retribuzione annua dell'infortunato quella percepita per i titoli di cui sopra nel mese precedente a quello in cui si è verificato l'infortunio, moltiplicata per dodici.

All'importo così ottenuto si addizionano:

- le somme relative a retribuzioni non pagabili ricorrentemente in ciascun mese e corrisposte effettivamente all'infortunato nei dodici mesi precedenti, purché su tali somme sia conteggiato o sia conteggiabile il premio di assicurazione;
- 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.

Somme assicurate per persona

Ciascuna persona si intende assicurata:

- in caso di morte per una somma corrispondente a 4 volte la retribuzione annua con il massimo assicurato di € 400.000,00;
- in caso di invalidità permanente fino a una somma corrispondente a 5 volte la retribuzione annua con il massimo assicurato di € 500.000,00

L'assicurazione è prestata per gli infortuni la cui invalidità permanente risulti di grado inferiore a quello Inail, ovvero inferiore al 6%

Elementi per il conteggio del premio

Il premio annuo lordo, soggetto a regolazione, viene determinato in base:

Parametro: retribuzioni annue lorde (€)	Tasso lordo %°	Premio lordo annuo
1.250.000,00	€.....	€.....

La Società

Il Contraente