

CNPADC

POLIZZA INFORTUNI DEI
COMPONENTI IL CONSIGLIO DI
AMMINISTRAZIONE, IL COLLEGIO
DEI SINDACI, L'ASSEMBLEA DEI
DELEGATI, NONCHE' PER IL
DIRETTORE GENERALE, I
DIRIGENTI E I DIPENDENTI DELLA
CNPADC

INDICE

| | |
|--|---------|
| Descrizione del rischio e somme assicurate – Criteri di calcolo del premio | Pag. 3 |
| Definizioni | Pag. 4 |
| Condizioni generali di assicurazione | Pag. 5 |
| Norme che regolano la Sezione Infortuni | Pag. 7 |
| Norme che regolano la Sezione Invalidità permanente da malattia | Pag. 12 |

Descrizione del rischio e somme assicurate

| COD. | CATEGORIE ASSICURATE | RISCHIO ASSICURATO | SOMME ASSICURATE | | | |
|------|-------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| | | | MORTE | INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO | INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA | RIMBORSO SPESE DI CURA DA INFORTUNIO |
| A | Dirigenti | Professionale e extraprofessionale | 6 volte la retribuzione annua lorda | 7 volte la retribuzione annua lorda | 7 volte la retribuzione annua lorda | 25.000,00 |
| B | Dipendenti | Professionale e extraprofessionale | 4 volte la retribuzione annua lorda | 5 volte la retribuzione annua lorda | 5 volte la retribuzione annua lorda | 10.000,00 |
| C | Dipendenti in missione | | | | | |
| D | N. 14 membri CDA + CS | Carica | 1.000.000,00 | 1.000.000,00 | Non assicurato | 25.000,00 |
| E | N. 150 membri assemblea | Carica | 250.000,00 | 250.000,00 | Non assicurato | 25.000,00 |

Criteri di calcolo del premio

| | |
|--------------------|---|
| Categoria A | Retribuzioni lorde (preventivo euro 837.000,00.) |
| Categoria B | Retribuzioni lorde (preventivo euro 6.389.000,00) |
| Categoria C | Premio a regolazione giornata/uomo (preventivo 320) |
| Categoria D | Premio unitario (preventivo 14 persone) |
| Categoria E | Premio unitario (preventivo 150 persone) |

DEFINIZIONI

ASSICURATO

La persona nel cui interesse è stipulata la polizza.

ASSICURAZIONE

Il contratto di assicurazione.

COMPAGNIA E/O SOCIETA'

L'impresa di assicurazioni.

CONTRAENTE

Il soggetto (persona fisica o giuridica) che stipula la polizza.

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

Il documento (nota di copertura o certificato) che prova l'assicurazione

INDENNIZZO

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro

INFORTUNIO

L'evento dovuto a causa improvvisa, violenta ed esterna, o dovuto alle altre cause previste all'Oggetto dell'assicurazione, che produca lesioni obiettivamente constatabili.

ISTITUTI DI CURA

Ospedale, Clinica, casa di Cura, regolarmente Autorizzati al ricovero dei malati, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno.

POLIZZA

Il contratto di assicurazione.

PREMIO

La somma dovuta dal Contraente alla Società.

RISCHIO

La probabilità del verificarsi del sinistro.

SINISTRO

Il verificarsi del fatto dannoso previsto in polizza.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Quando non risultino espressamente derogate, valgono le seguenti condizioni di assicurazione:

Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e dell'Assicurato 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 artt. 1892, 1893 e 1894 c.c.

Art. 2 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio 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, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 c.c.

Art. 3 – Regolazione del premio

Il premio convenuto in base ad elementi di rischio variabili viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio riportato nel Certificato di Assicurazione 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.

I premi sopra indicati si intendono sempre comprensivi di tasse.

In tutti i casi di differenza a vantaggio del cliente, la Società provvederà al rimborso delle somme dovute al netto delle imposte di legge, salvo quanto diversamente concordato con la Contraente.

In tutti gli altri casi si procederà a regolazione del premio così come di seguito normato.

Le differenze attive o passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate/ rimborsate nei 30 giorni dalla relativa comunicazione. La mancata comunicazione dei dati occorrenti per la regolazione costituisce presunzione di una differenza attiva a favore della Società. Se la Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti o il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società può fissarle un ulteriore termine non inferiore a quindici 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 per la quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva e l'assicurazione resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui la Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

Art. 4 - Modifiche dell'assicurazione

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

Art. 5 - Aggravamento del rischio

Il Contraente o l'Assicurato deve 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'articolo 1898 c.c..

Art. 6 - Diminuzione del rischio

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successivi alla comunicazione del Contraente o dell'Assicurato ai sensi dell'art. 1897 c.c. e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 7 - Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società può recedere dall'assicurazione con preavviso di 180 giorni. In tale caso essa, entro quindici giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio netto relativa al periodo di rischio non corso.

La suddetta facoltà di recesso è applicabile anche dall'Assicurato o dal Contraente.

Art. 8 - Ripetizione dell'assicurazione e periodo di assicurazione

Si rinvia agli atti di gara.

Art. 9 - Oneri fiscali

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

Art. 10 - Foro competente

Foro competente è esclusivamente quello di Roma.

Art. 11 - Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni alle quali l'Assicurato, il Contraente o la Società sono tenuti devono essere fatte con lettera raccomandata o telefax o e-mail o altro mezzo idoneo.

Art. 12 - Validità territoriale

La presente Assicurazione è valida per il mondo intero.

Art. 13 - Titolarità dei diritti nascenti dalla polizza

La polizza deve intendersi stipulata dal Contraente in nome proprio e anche nell'interesse di chi spetta. Le azioni, le ragioni e i diritti nascenti dalla polizza non possono essere esercitati che dal Contraente e dalla Società.

Art. 14 - Buona fede

L'omissione da parte dell'Assicurato o del Contraente di circostanze aggravanti il rischio e/o le inesatte o incomplete dichiarazioni rese all'atto della stipulazione del contratto o durante il corso dello stesso non pregiudicano il diritto all'integrale Indennizzo dei danni, sempreché tali omissioni o inesattezze siano avvenute in buona fede.

Alla Società spetterà il maggior premio, proporzionale all'eventuale maggior rischio, con decorrenza dal momento in cui la circostanza si è verificata.

Art. 15 - Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non previsto dalle presenti condizioni contrattuali, che comunque devono essere interpretate in modo più favorevole all'assicurato, valgono le norme di legge.

.Art. 16.1 - Beneficiari

La Società dà e prende atto che beneficiari delle somme garantite in caso di Morte degli Assicurati si intendono gli eredi legittimi e/o testamentari, salvo diversa dichiarazione scritta rilasciata dagli Assicurati stessi ed allegata agli atti che formano parte integrante del contratto.

Art. 16.2. Responsabilità civile del contraente

Poiché la presente polizza è stipulata dal Contraente anche nel proprio interesse, quale possibile responsabile del sinistro, si conviene che qualora gli Assicurati o, in caso di morte, i Beneficiari o gli aventi diritto non accettino a completa tacitazione per l'Infortunio l'indennizzo dovuto ai sensi della presente polizza, ed avanzino verso il Contraente maggiori pretese di indennizzo a titolo di responsabilità civile, gli importi erogabili dalla Società, nella loro interezza, verranno accantonati per essere computato nel risarcimento che il Contraente fosse tenuto a corrispondere per sentenza o transazione.

NORME CHE REGOLANO LA SEZIONE INFORTUNI

Art. 17 – Oggetto dell'assicurazione

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

- a) delle attività professionali principali e secondarie dichiarate, delle attività accessorie, strumentali o connesse alle medesime, nonché delle eventuali diverse attività professionali non dichiarate; qualora l'infortunio si verifichi nel corso di attività avente carattere professionale diversa da quella dichiarata in polizza, l'indennizzo sarà corrisposto integralmente se la diversa attività non aggrava il rischio assicurato, con una riduzione del 20% se la diversa attività aggrava il rischio assicurato;
- b) di ogni altra attività che non abbia carattere professionale laddove richiesta anche la responsabilità extra professionale;
- c) di ogni attività connessa al rischio di carica, inteso come attività professionale connessa con l'incarico conferito agli Assicurati, compresa la partecipazione alle riunioni e comunque nello svolgimento di ogni incarico inerente l'espletamento del mandato da essi assunto. La garanzia comprende gli infortuni che colpissero gli Assicurati durante il tragitto occorrente per recarsi al luogo ove sono chiamati ad espletare il loro mandato e viceversa, purché questi infortuni avvengano durante il tempo strettamente necessario a compiere il percorso per via ordinaria e con gli abituali mezzi di locomozione, sia privati, sia pubblici o di servizio.

Il c.d. rischio *in itinere* si intende compreso nelle attività professionali di cui al punto a) e si intende come definito e disposto dal Decreto Legislativo n. 38/2000.

Sono compresi in garanzia anche:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti acuti da ingestione di cibo o altre sostanze;
- le alterazioni patologiche conseguenti a morsi di animali e punture di insetti, escluse la malaria e le malattie tropicali;
- l'annegamento, l'assideramento, il congelamento, la folgorazione, i colpi di sole o di calore e altre influenze termiche o atmosferiche;
- le lesioni determinate da sforzi con esclusione di ogni tipo di infarto;
- le ernie addominali da sforzo e gli strappi muscolari derivanti da sforzo;
- gli infortuni sofferti in stato di malore o incoscienza;
- gli infortuni sofferti in conseguenza di atti temerari compiuti dall'Assicurato;
- gli infortuni derivanti da colpa grave dell'assicurato (a parziale deroga dell'art. 1900 c.c.);
- le conseguenze di operazioni chirurgiche o di trattamenti resi necessari da infortuni indennizzabili a termini di polizza;
- gli infortuni derivanti dalla pratica non professionale di qualsiasi sport, ad eccezione del paracadutismo e degli sports aerei in genere;
- gli infortuni derivanti da aggressioni, tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismo, attentati, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva (a parziale deroga dell'art. 1912 c.c.);
- il contatto accidentale con corrosivi;
- gli infortuni derivanti da terremoti, alluvioni, inondazioni, eruzioni vulcaniche (a parziale deroga dell'art. 1912 c.c.);
- gli infortuni derivanti da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche conseguenti ad infortunio indennizzabile ai sensi di polizza.

Art. 18 – Rischio di guerra all'estero

La garanzia viene estesa agli infortuni avvenuti all'estero derivanti da stato di guerra, insurrezione, invasione, ostilità (sia che la guerra sia dichiarata o non), per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero.

Art. 19 – Rischio volo

Ferma restando l'esplicita esclusione dei voli effettuati su velivoli ed elicotteri di proprietà di aeroclub, del Contraente o dall'Assicurato stesso, l'Assicurazione è estesa agli infortuni subiti dell'Assicurato durante i viaggi aerei effettuati, come passeggero (ma non come pilota o altro membro dell'equipaggio) su velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linee aeree regolari, compresi i voli charter, i voli straordinari gestiti da Società di traffico regolare e i voli su aeromobili militari in regolare traffico civile, nonché i voli di trasferimento su velivoli di ditte o privati condotti da piloti professionisti escluse, per questi ultimi, le trasvolate oceaniche.

Sono inoltre compresi gli eventuali infortuni che dovessero verificarsi in conseguenza di forzato dirottamento compreso quindi l'eventuale viaggio aereo di trasferimento dal luogo dove l'Assicurato fosse stato dirottato fino alla località di arrivo definitiva prevista dal biglietto aereo.

Art. 20 – Limite di indennizzo per evento

Resta espressamente convenuto che in nessun caso la Società potrà essere chiamata a risarcire, a seguito del medesimo Sinistro, un Indennizzo complessivo superiore a € 8.000.000,00 qualunque sia il numero degli Assicurati con la presente polizza sinistrati.

Qualora gli indennizzi complessivamente dovuti eccedano tale limite, le somme spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotte in proporzione al rapporto che intercorre fra detto limite e il totale degli indennizzi conteggiati.

Art. 21 - Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti:

- a) dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, salvo che si tratti di gare di regolarità pura;
- b) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, salvo gli atti compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- c) da guerra o insurrezione, salvo quanto previsto all'art. 18;
- d) da trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche;
- e) dalle conseguenze di interventi chirurgici, accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio;
- f) da pilotaggio ed uso di aeromobili, deltaplani, ultraleggeri, parapendio;
- g) dalla pratica di pugilato, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, speleologia, paracadutismo, arrampicata libera, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, alpinismo con scalata di roccia o di ghiacciai oltre il 3° grado della scala di Monaco, rugby, football americano, hockey su ghiaccio;
- h) da abuso di psicofarmaci non a scopo terapeutico, dall'uso di sostanze stupefacenti o allucinogeni.

Art. 22 – Limiti di età

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore ai 75 anni e cessa dalla successiva scadenza annuale del premio per quelle che raggiungono tale limite di età, 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. 23 – Limiti territoriali

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

Art. 24 – Morte

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

Art. 25 – Morte presunta

Se il corpo dell'Assicurato non viene ritrovato e viene rilasciata dall'autorità la dichiarazione di morte presunta, entro 3 mesi verrà riconosciuto l'indennizzo previsto per il caso di morte, considerando l'evento di cui sopra come infortunio. Quando sia stato effettuato il pagamento dell'indennità ed in seguito l'Assicurato ritorni o si abbiano di lui notizie sicure, la Società ha diritto alla restituzione delle somme pagate, 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.

Art. 26 – Invalidità permanente

Se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente e questa, anche se successiva alla scadenza del contratto, si verifica entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società riferisce ai capitali assicurati le percentuali di invalidità permanente di cui al D.P.R. 30 Giugno 1965, n. 1124 (Tabella INAIL - Industria) e successive modifiche intervenute fino al 31.12.1999, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge.

Per gli Assicurati mancini le percentuali di Invalidità Permanente previste dalla precitata tabella per l'arto superiore destro varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa.

La liquidazione sarà fatta in base alle seguenti percentuali:

| % di invalidità permanente Accertata | % da liquidare | % di invalidità permanente accertata | % da liquidare |
|--------------------------------------|----------------|--------------------------------------|----------------|
| 1 | 0 | 27 | 41 |
| 2 | 0 | 28 | 43 |
| 3 | 1 | 29 | 45 |
| 4 | 2 | 30 | 47 |
| 5 | 3 | 31 | 49 |
| 6 | 4 | 32 | 51 |
| 7 | 5 | 33 | 53 |
| 8 | 6 | 34 | 55 |
| 9 | 7 | 35 | 57 |
| 10 | 8 | 36 | 60 |
| 11 | 9 | 37 | 63 |
| 12 | 11 | 38 | 66 |
| 13 | 13 | 39 | 71 |
| 14 | 15 | 40 | 74 |
| 15 | 17 | 41 | 77 |
| 16 | 19 | 42 | 80 |
| 17 | 21 | 43 | 83 |
| 18 | 23 | 44 | 86 |
| 19 | 25 | 45 | 89 |
| 20 | 27 | 46 | 92 |
| 21 | 29 | 47 | 95 |
| 22 | 31 | 48 | 98 |
| 23 | 33 | 49 e oltre | 100 |
| 24 | 35 | | |
| 25 | 37 | | |
| 26 | 39 | | |

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

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

Art. 27 – Anticipo sulla liquidazione per invalidità permanente

L'Assicurato, trascorsi 120 giorni dalla data di presentazione della denuncia di sinistro, può richiedere alla Società il pagamento di un acconto sino al massimo del 50% del presumibile indennizzo, a condizione che non siano sorte contestazioni sull'operatività della garanzia e che la presunta percentuale di invalidità stimata in base alla documentazione acquisita, sia superiore al 13%. Il pagamento sarà effettuato dalla Società entro 60 giorni dalla richiesta dell'anticipo, salvo il diritto della Società alla restituzione qualora emergano successivamente fatti che comportino l'inoperatività della garanzia a termini di polizza.

Art. 28 - Denuncia dell'infortunio e obblighi relativi

La denuncia dell'infortunio, con l'indicazione del luogo, giorno e ora dell'evento e delle cause che lo hanno determinato, corredata di certificato medico, deve essere fatta per iscritto alla direzione della Società, o all'Intermediario assicurativo al quale è assegnata la polizza, entro 15 giorni dall'infortunio e dal momento in cui la Contraente, l'Assicurato o gli aventi diritto ne abbiano ragionevolmente avuto la possibilità.

Successivamente l'Assicurato deve inviare 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 essere dato immediato avviso scritto alla Società.

L'Assicurato o, in caso di morte il beneficiario, devono consentire le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dalla Società, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso.

Art. 29 – Criteri di indennizzabilità

La Società 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.

Art. 30 – Rimborso spese mediche da infortunio

Se l'Assicurato, in conseguenza di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza, fa ricorso a prestazioni sanitarie, la Società rimborsa, fino alla concorrenza del massimale previsto per sinistro, le spese sostenute per:

- accertamenti diagnostici e medici;
- visite mediche e specialistiche;
- onorari del chirurgo e di ogni altro componente l'equipe operatoria, diritti di sala operatoria, materiale d'intervento;
- interventi di chirurgia plastica ricostruttiva effettuati allo scopo di ridurre o eliminare le conseguenze di danni estetici provocati dall'infortunio stesso;
- apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento chirurgico;
- rette di degenza;
- cure termali, con esclusione delle spese di natura alberghiera;
- trasporto dell'Assicurato in ambulanza e/o mezzi speciali di soccorso all'Istituto di Cura o all'ambulatorio e viceversa;
- cure mediche e trattamenti fisioterapici rieducativi;
- acquisto di apparecchi protesici ortopedici sostitutivi di parti anatomiche e protesi oculari.

Non sono soggette a rimborso le spese effettuate per cure odontoiatriche e per protesi dentarie non conseguenti a infortunio.

Art. 31 – Danni estetici

Si conviene che in caso di infortunio non escluso dalle Condizioni di Polizza con conseguenze di carattere estetico, che tuttavia non comporti risarcimento a titolo di Invalidità Permanente, la Società rimborserà, fino ad un massimo di €10.000,00 per evento e per anno, le spese documentate sostenute dall'Assicurato per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico, nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica.

La garanzia è prestata con una Franchigia fissa di € 250,00 per evento, importo che rimane quindi a carico dell'Assicurato

Art. 32 – Clausola dirigenti

Resta tra le Parti convenuto che limitatamente per le persone con la qualifica di dirigente:

1. Malattie professionali
L'Assicurazione viene estesa anche alle malattie professionali (intendendosi come tali quelle indicate nella tabella annessa al D.P.R.30/06/1965 n. 1124 per l'industria, e successive modificazioni intervenute fino al 31.12.1999, e/o riconosciute come tali dalla Magistratura) che si manifestano nel corso della validità del presente Contratto e che riducano l'attitudine generica al lavoro in misura superiore al 10% della somma totale. Resta confermata l'esclusione delle conseguenze dirette e indirette di trasmutazione provocate dall'accelerazione di particelle atomiche. Il Contraente dichiara che all'atto del perfezionamento del presente Contratto i Dirigenti, da ritenersi Assicurati, non presentano alcuna manifestazione morbosa riferibile alle predette malattie.
2. Grave Invalidità Permanente
Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia professionale, l'attitudine al lavoro dell'Assicurato risulti permanentemente ridotta oltre il 49%, in modo tale da non consentire un'attività lavorativa con analoghe mansioni, la somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente verrà liquidata al 100%.
- 3, Sport pericolosi
L'Assicurazione vale anche per gli infortuni derivanti dalla pratica non professionale di qualsiasi sport, escluso comunque il paracadutismo e gli sport aerei in genere.

Art. 33 – Esonero

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le malattie sofferte, nonché le mutilazioni ed i difetti fisici da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire.

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare altre analoghe assicurazioni che il medesimo o gli Assicurati avessero in corso o stipulassero con altre Società.

Art. 34 – Cumulo di indennità

L'indennità per il caso di morte non è cumulabile con quella per invalidità permanente.

Tuttavia, se dopo il pagamento di un'indennità per invalidità permanente, ma entro l'anno 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'indennizzo 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 l'indennizzo sia stato liquidato o comunque offerto in misura determinata, la Società paga agli eredi l'importo liquidato od offerto secondo le norme della successione legittima o testamentaria.

Art. 35 – Calcolo del premio sulle retribuzioni

Agli effetti assicurativi, laddove previsto, per retribuzione si intende tutto quanto, al lordo delle ritenute, il dipendente effettivamente riceve a compenso delle sue prestazioni, esclusi gli assegni familiari.

Per la liquidazione delle indennità è considerata retribuzione annua dell'infortunato quella percepita e/o maturata per i titoli di cui sopra nel trimestre precedente il mese in cui si è verificato l'infortunio (con esclusione delle retribuzioni non pagabili ricorrentemente in ciascun mese) moltiplicata per quattro; 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 purché su tali somme sia conteggiato o conteggiabile il Premio di Assicurazione. A maggior precisazione di quanto sopra si dà atto che nella definizione "retribuzioni non pagabili ricorrentemente in ciascun mese" devono intendersi incluse: mensilità aggiuntive, premi di produzione, incentivi o provvigioni, indennità di trasferta, bonus, compensi arretrati, compensi per lavoro straordinario. Per gli infortunati che non abbiano raggiunto i novanta giorni di servizio è considerata retribuzione annua quella che si ottiene moltiplicando per 360 la retribuzione giornaliera media attribuibile all'infortunato per il periodo di tempo decorrente dall'assunzione in servizio fino al giorno dell'infortunio e considerandosi agli effetti della media anche i giorni non lavorativi.

La garanzia assicurativa si intende estesa al personale dipendente che per qualsiasi motivo possa essere in aspettativa per malattia, infortunio o maternità o possa essere soggetto ad altre forme di prestazioni lavorative parziali quali ad esempio partime, orario ridotto, cassa integrazione; sia esso senza retribuzione o con retribuzione ridotta. Per la determinazione dei capitali assicurati si farà riferimento alla retribuzione annua di fatto virtuale riferita al momento dell'infortunio. Per retribuzione di fatto virtuale si intende la retribuzione equivalente a quella che sarebbe stata corrisposta qualora il dipendente fosse stato regolarmente in servizio al momento dell'infortunio con i criteri di cui sopra e che il Contraente si impegna a comunicare.

Il Contraente è esonerato 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 del Contraente, libri che questi si obbliga di 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.

Il tasso di premio viene pattuito nella cifra specificata nel conteggio di liquidazione per ogni mille euro di retribuzione computata ai sensi di cui al precedente primo comma. Al premio risultante saranno applicate gli sconti e le maggiorazioni eventualmente pattuiti ed aggiunte le addizionali e la tassa governativa. Il premio viene anticipato dalla Contraente in base al preventivo annuo di retribuzione pure specificato nel conteggio di liquidazione.

Art. 36 – Pagamento dell'indennizzo

Valutato il danno in base alla documentazione medica presentata dall'Assicurato e verificata l'operatività della garanzia, la Società deve provvedere al pagamento dell'indennizzo entro 30 giorni.

Per i sinistri avvenuti all'estero il pagamento sarà effettuato in Italia e in Euro.

Art. 37 – Rinuncia alla rivalsa

La Società rinuncia al diritto di rivalsa di cui all'art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Art. 38 - Controversie sulla natura e conseguenza delle lesioni

In caso di controversia sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni o sul grado di invalidità permanente la Società e l'Assicurato potranno conferire mandato ad un Collegio di tre medici. Le decisioni del Collegio saranno 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 comunicherà all'Assicurato, entro trenta giorni, il nome del medico che essa a sua volta avrà designato. Il terzo medico viene scelto dalla Società e dall'Assicurato entro una terna di medici proposta dai due primi medici designati; in caso di disaccordo, il terzo medico è designato dal Segretario dell'Ordine dei medici avente competenza nel luogo ove deve riunirsi il Collegio medico. Il Collegio Medico risiede nella località scelta consensualmente dalle Parti; in caso di disaccordo il Collegio Medico risiede nel comune, sede dell'Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Nominato il terzo medico, la Società convocherà il Collegio invitando l'Assicurato o gli aventi diritto a presentarsi.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunererà il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico. La decisione del Collegio medico è obbligatoria per le Parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale.

NORME CHE REGOLANO LA SEZIONE INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

Art. 39 – Invalidità permanente da malattia

1. Oggetto dell'assicurazione - L'assicurazione è estesa al caso di Invalidità Permanente derivante da malattia (purché non compresa tra quelle indicate al successivo paragrafo 5) che insorga nel corso del presente contratto. La garanzia vale anche per la malattia manifestatasi entro un anno dalla cessazione del contratto purché la stessa sia insorta durante il periodo di validità del contratto stesso. La presente garanzia è operante esclusivamente per le categorie per le quali è stata richiesta la quotazione.

2. Definizione di Malattia - E' considerata "malattia" ogni alterazione dello stato di salute dell'Assicurato, non dipendente da infortunio.

3. Definizione di Invalidità Permanente da Malattia – E' considerata invalidità permanente la perdita totale o riduzione parziale, definitiva ed irrimediabile, della capacità all'esercizio dell'attività propria dell'Assicurato e di ogni altro lavoro confacente alle sue attitudini ed abitudini.

4. Criteri di liquidazione - La garanzia viene prestata per il capitale per persona stabilito in polizza alla tabella "Somme Assicurate" per la categoria di assicurati per cui è prevista la presente garanzia. La liquidazione del danno avviene quando l'invalidità accertata è superiore alla franchigia stabilita.

L'Impresa liquida una indennità calcolata sulla somma assicurata in base alle percentuali seguenti:

24 % Franchigia

| I.P.% | CAPITALE % | I.P.% | CAPITALE % |
|---------|------------|---------------|------------|
| 25 = 5 | | 35/55 = 35/55 | |
| 26 = 8 | | 56 = 59 | |
| 27 = 11 | | 57 = 63 | |
| 28 = 14 | | 58 = 67 | |
| 29 = 17 | | 59 = 71 | |
| 30 = 20 | | 60 = 75 | |
| 31 = 23 | | 61 = 79 | |
| 32 = 26 | | 62 = 83 | |
| 33 = 29 | | 63 = 87 | |
| 34 = 32 | | 64 = 91 | |
| | | 65 = 95 | |
| | | 66 = 100 | |
| | | Oltre 100 | |

5. Esclusioni - Sono escluse dall'assicurazione le invalidità permanenti derivanti direttamente o indirettamente da:

- malattie e/o invalidità preesistenti alla stipulazione della polizza;
- malattie professionali, mentali e psichiche;
- malattie per abuso di alcoolici o per uso non curativo di farmaci, stupefacenti e simili;

- trattamenti estetici; cure dimagranti e dietetiche;
- malattie da fonti radioattive e comunque da qualsiasi esposizione o contaminazione nucleare;
- da guerra, guerra civile, invasione, insurrezione, rivoluzione, uso della forza militare ovvero rovesciamento di qualsiasi autorità statale o militare;
- indipendentemente da ogni causa che possa avervi contribuito, qualsiasi esposizione o contaminazione chimica o biologica che sia conseguenza di un atto di terrorismo;
- sindrome da immunodeficienza acquisita.

6. Limiti di età - La garanzia vale per le persone di età non superiore ai 65 anni e cessa dalla successiva scadenza annuale del premio per quelle che raggiungono tale limite di età.

7. Denuncia della Malattia e relativi obblighi della Contraente o dell'Assicurato - La denuncia della malattia che - secondo parere medico - sembri comportare invalidità permanente deve essere presentata per iscritto - dalla Contraente o dall'Assicurato - alla Società alla quale è assegnata la polizza.

La denuncia stessa deve essere corredata da certificato medico riflettente un dettagliato rapporto sulla natura, decorso e conseguenza della malattia.

Alla denuncia debbono essere anche allegati o debbono avere seguito attestazioni mediche in ordine allo stato della malattia, copie delle cartelle cliniche e di ogni altro certificato o documento che possa contribuire alla valutazione dei postumi invalidanti. Trascorsi i 30 giorni dalla denuncia della malattia, la Contraente o L'Assicurato debbono presentare specifica certificazione medica attestante il grado di invalidità permanente direttamente ed esclusivamente residuo dalla malattia denunciata.

L'Assicurato deve sottoporsi agli accertamenti e controlli medici disposti dalla Società, fornire alla stessa ogni informazione, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

8. Criteri di indennizzabilità - La Società corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive di invalidità permanente derivante dalla malattia denunciata, senza riguardo al maggior pregiudizio riconducibile a situazioni patologiche o infermità preesistenti alla stipulazione del contratto e/o a mutilazioni o difetti fisici.

9. Procedura per la liquidazione dell'indennità - Il grado di invalidità permanente viene valutato non prima che sia decorso un anno dalla data della denuncia della malattia e non oltre i 18 mesi dalla stessa.

Ricevuta la documentazione di cui al paragrafo 7) e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquida l'indennità che risulti dovuta, ne dà comunicazione all'interessato e, avuta notizia della sua accettazione, provvede al pagamento.

La valutazione dell'invalidità permanente viene effettuata secondo i criteri stabiliti per le assicurazioni sociali contro gli infortuni e le malattie professionali, con riferimento alle disposizioni contenute nel T.U. disciplinante la materia di cui al D.P.R. del 30/06/1965 no. 1124 e successive modifiche intervenute fino al 31.12.2009.

Nei casi di invalidità permanente non previsti dal T.U. la valutazione è concordata tra il medico dell'Assicurato ed il consulente medico della Società.

In caso di controversia le parti avranno facoltà di fare ricorso a quanto disposto dall'art. 38.

Nel caso in cui l'Assicurato non intenda sottoporsi ad un adeguato trattamento terapeutico che - a giudizio sia del suo medico che di quello della Società - possa modificare positivamente la prognosi della malattia, la valutazione del danno viene effettuata sulla base dei postumi di invalidità permanente che gli sarebbero residuati se si fosse sottoposto a detto trattamento, senza riguardo, perciò, al maggior pregiudizio derivante dalla mancata attuazione del citato trattamento terapeutico.

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

10. Non cumulabilità della presente garanzia con quella prestata con polizza Infortuni - La presente copertura assicurativa non potrà in alcun caso cumularsi con garanzie di invalidità permanente prestate con polizze infortuni della stessa Società.

11. Recesso dal contratto - Fermo il diritto dell'Assicurato alla liquidazione dell'indennità ove questa gli spetti dopo ogni denuncia di malattia, la Società ha facoltà di far cessare - con preavviso di 15 giorni - la sola copertura relativa all'Assicurazione Invalidità Permanente da Malattia nei confronti della persona cui la denuncia del danno si riferisce.

In tal caso la Società rimborserà il premio non goduto, in proporzione del tempo che decorre dal momento della cessazione al termine del periodo di assicurazione in corso.

La riscossione dei premi venuti a scadenza dopo la denuncia della malattia o dopo la comunicazione dell'esercizio della facoltà di recesso o qualunque altro atto dell'Impresa non potranno essere interpretati come rinuncia dell'Impresa stessa a valersi della facoltà di recesso.

12.Rinvio alle Condizioni della Polizza Infortuni - Per quanto non regolato dal presente articolo, valgono – sempreché compatibili - le Condizioni Generali di Assicurazione della polizza in oggetto.