

LOTTO 4

CAPITOLATO DI POLIZZA INFORTUNI CUMULATIVA

La presente polizza è stipulata tra

| | |
|---|---|
|  | CONSIGLIO REGIONALE DELLA CALABRIA |
| | Via Cardinale Portanova |
| | 89124 REGGIO CALABRIA (RC) |
| | C.F. 80001350802 |

e

| |
|------------------------------|
| Società Assicuratrice |
| |
| Agenzia di |
| |

Durata del contratto

| | |
|-----------------------------|-------------------|
| Dalle ore 24.00 del: | 30.03.2014 |
| Alle ore 24.00 del: | 30.03.2015 |

SOMMARIO

SEZIONE 1 DEFINIZIONI

| | |
|--|--------------------|
| | <i>Definizioni</i> |
|--|--------------------|

SEZIONE 2 NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

| | |
|--------|--|
| Art.1 | <i>Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio</i> |
| Art.2 | <i>Decorrenza dell'Assicurazione – pagamento del premio</i> |
| Art.3 | <i>Durata del contratto</i> |
| Art.4 | <i>Regolazione del premio</i> |
| Art.5 | <i>Modifiche dell'assicurazione</i> |
| Art.6 | <i>Forma delle comunicazioni</i> |
| Art.7 | <i>Oneri fiscali</i> |
| Art.8 | <i>Foro competente</i> |
| Art.9 | <i>Interpretazione del contratto</i> |
| Art.10 | <i>Coassicurazione e delega</i> |
| Art.11 | <i>Clausola broker</i> |
| Art.12 | <i>Obblighi dell'Appaltatore relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari</i> |
| Art.13 | <i>Rinvio alle norme di Legge</i> |

SEZIONE 3 NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

| | |
|---------|--|
| Art.14 | <i>Oggetto dell'Assicurazione</i> |
| Art.15 | <i>Esclusioni</i> |
| Art.16 | <i>Estensioni di garanzia</i> |
| Art.17 | <i>Limiti territoriali e di risarcimento</i> |
| Art.18 | <i>Limiti di età</i> |
| Art.19 | <i>Persone non assicurabili</i> |
| Art. 20 | <i>Esonero denuncia generalità degli assicurati</i> |
| Art. 21 | <i>Altre assicurazioni</i> |
| Art. 22 | <i>Denuncia dell'infortunio ed obblighi relativi</i> |
| Art. 23 | <i>Criteri di indennizzo</i> |
| Art. 24 | <i>Morte</i> |
| Art. 25 | <i>Invalidità Permanente- Liquidazione dell'indennizzo per Invalidità Permanente</i> |
| Art. 26 | <i>Anticipo sulla liquidazione per Invalidità Permanente</i> |
| Art. 27 | <i>Inabilità Temporanea</i> |
| Art. 28 | <i>Cumulo di indennità</i> |
| Art. 29 | <i>Controversie e collegio arbitrale</i> |
| Art. 30 | <i>Rinuncia alla rivalsa</i> |
| Art. 31 | <i>Recesso in caso di sinistro</i> |
| Art. 32 | <i>Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio</i> |

SEZIONE 4 CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE

| | |
|--------|---|
| Art.33 | <i>Identificazione degli assicurati</i> |
| Art.34 | <i>Calcolo del premio annuo lordo</i> |
| Art.35 | <i>Disposizione finale</i> |

ALLEGATO N. 1 – ELENCO DEGLI ASSICURATI

Sez. 1 - DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intendono:

| | |
|---------------------------------|--|
| Assicurazione | Il contratto di assicurazione |
| Polizza | Il documento che prova e regola l'assicurazione |
| Contraente | Il soggetto che stipula l'assicurazione riportato nel frontespizio della presente polizza |
| Assicurato | Qualsiasi soggetto il cui interesse è protetto dalla presente assicurazione |
| Società | La Compagnia assicuratrice, o il gruppo di Compagnie, che ha assunto la presente assicurazione |
| Broker | La Aon S.p.A. quale broker incaricato, iscritto alla Sez. B del Registro Unico degli Intermediari, ai sensi dell'art. 109 D.Lgs. 209/2005 e s.m.i. |
| Premio | La somma dovuta dalla Contraente alla Società a fronte delle garanzie da essa prestate a termini della presente assicurazione |
| Rischio | La probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne |
| Sinistro | Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione |
| Indennità | La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro |
| Periodo di assicurazione | Il periodo, pari o inferiore a 12 mesi, compreso tra la data di effetto e la data di scadenza annuale |

Sez. 2 - **NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE**

Art.1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

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

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

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

Tuttavia l'omissione, incompletezza o inesattezza della dichiarazione da parte del Contraente di una circostanza eventualmente aggravante il rischio, durante il corso della validità della presente polizza così come all'atto della sottoscrizione della stessa, non pregiudicano il diritto all'indennizzo, sempreché tali omissioni, incomplete o inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo dei legali rappresentanti degli assicurati.

Art.2- Decorrenza dell'assicurazione – pagamento del premio

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza, ancorché il premio venga versato entro i 60 giorni successivi alla data di decorrenza della polizza.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 60° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile. I premi devono essere pagati al Broker al quale è assegnata la polizza, e tale pagamento è liberatorio per il Contraente.

Il termine di rispetto per il pagamento di premi relativi a eventuali appendici e proroghe emesse sulla presente polizza si intende fissato in 60 giorni dalla data di ricezione da parte della Contraente del relativo documento regolarmente emesso dalla Società.

Art.3- Durata del contratto

Il presente contratto ha validità dalle ore 24.00 del 30.03.2014 alle ore 24.00 del 30.03.2015 e cesserà automaticamente alla scadenza senza obbligo di disdetta.

E' facoltà del Contraente, entro 60 giorni antecedenti la scadenza, richiedere alla Società la proroga della presente assicurazione, fino al completo espletamento delle procedure di aggiudicazione della nuova assicurazione; in tal caso è facoltà della Società prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche in vigore, per un periodo massimo di 120 giorni previo pagamento di un premio conteggiato sulla base di 4/12esimi del premio annuale di polizza.

Art.4- Regolazione del premio

Non operante.

Art.5 - Modifiche dell'assicurazione

Le eventuali modifiche alla presente polizza devono essere provate per iscritto.

Art.6- Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente è tenuto devono essere fatte con lettera raccomandata anche a mano o altro mezzo (telex e simili) indirizzata alla Società oppure al Broker al quale il Contraente ha conferito incarico per la gestione della polizza.

Art. 7 - Oneri fiscali

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

Art. 8 - Foro competente

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

Art. 9 - Interpretazione del contratto

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

Art.10 - Coassicurazione e delega(Valida solo in caso di coassicurazione ai sensi dell' art. 1911 C.C.)

L'assicurazione è ripartita per quote tra le Società indicate nel riparto del premio; ciascuna di esse è tenuta alla prestazione in proporzione della rispettiva quota, quale risulta dal contratto, esclusa ogni responsabilità solidale.

Il Contraente dichiara di aver affidato la gestione del presente contratto alla Aon S.p.A. e le imprese assicuratrici hanno convenuto di affidarne la delega alla Società designata in frontespizio della presente polizza; di conseguenza, tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti per conto del Contraente e degli Assicurati dalla Aon S.p.A. la quale tratterà con l'impresa Delegataria informandone le Coassicuratrici.

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

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

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

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

Il dettaglio dei capitali assicurati, dei premi, accessori e imposte, spettanti a ciascuna Coassicuratrice, risulta dall'apposita tabella di riparto.

Art.11 - Clausola Broker

L'Ente Contraente dichiara di avere affidato la gestione del contratto alla Aon S.p.A., in qualità di Broker ai sensi del D.Lgs. 209/2005 e s.m.i..

Pertanto, agli effetti delle condizioni della presente polizza, gli Assicuratori danno atto che ogni comunicazione fatta dal Contraente al Broker si intenderà come fatta agli Assicuratori stessi e viceversa, come pure ogni comunicazione fatta dal Broker agli Assicuratori si intenderà come fatta dal Contraente stesso. Gli Assicuratori inoltre riconoscono che il pagamento dei premi fatto per il tramite del Broker sopra designato è liberatorio per il Contraente.

La Società riconosce che la provvigione del Broker è a proprio carico. Il Broker tratterà all'atto della rimessa dei premi alla Società le commissioni di spettanza nella misura del 5% (cinque per cento) sul premio imponibile.

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

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

Art. 12 – Obblighi dell'Appaltatore relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari

- La Società assume tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'articolo 3 della legge 13 agosto 2010, n. 136 e successive modifiche al fine di assicurare la tracciabilità dei movimenti finanziari relativi all'appalto;
- Qualora la Società non assolva agli obblighi previsti dall'art. 3 della Legge n. 136/2010 per la tracciabilità dei flussi finanziari relativi all'appalto, il presente contratto si risolve di diritto ai sensi del comma 8 del medesimo art. 3;
- Il Contraente verifica in occasione di ogni pagamento all'appaltatore e con interventi di controllo ulteriori l'assolvimento, da parte dello stesso, degli obblighi relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari;
- L'appaltatore si impegna a dare immediata comunicazione alla stazione appaltante ed alla prefettura-ufficio territoriale del Governo della provincia ove ha sede la Contraente della notizia dell'inadempimento della propria controparte (subappaltatore/subcontraente) agli obblighi di tracciabilità finanziaria.

Art. 13 - Rinvio alle norme di legge

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

Sez. 3 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Art. 14- Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisce nell'esercizio delle attività professionali ed extraprofessionali, compreso il rischio in itinere.

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.

Art. 15- Esclusioni

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

- a) partecipazione a gare e corse (e relative prove) calcistiche, ciclistiche, di ippica, football americano e rugby, salvo che esse abbiano carattere ricreativo; dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove) che comportino l'uso o la guida di veicoli a motore e natanti, salvo che si tratti di regolarità pura; dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, alpinismo con scalata di rocce o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, immersione con autorespiratore, paracadutismo e sports aerei in genere;
- b) gli infortuni derivanti da guerra e insurrezioni, salvo quanto previsto all'art. 16 - 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) i rischi di energia nucleare, secondo quanto previsto dalla clausola di esclusione dei rischi di energia nucleare (NUCLEAR ENERGY RISKS EXCLUSION CLAUSE NMA 1975° 1994);
- h) le contaminazioni nucleari, biologiche, chimiche prodotte da atti di terrorismo;

Art. 16- Estensioni di garanzia

Rischio Guerra

La garanzia è 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 in caso di guerra 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.

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 in cui, in seguito 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.

Danni Estetici

In caso di infortunio non escluso dal presente contratto, con conseguenze di carattere estetico, che tuttavia comporti risarcimento a titolo di invalidità permanente, la Società rimborserà fino ad un massimo di € 2.600,00 le spese documentate sostenute dall'Assicurato per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico, nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica.

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.

Resta convenuto che la somma delle garanzie previste da questa estensione, non potrà superare per ciascuna persona assicurata i capitali di € 1.033.000,00 per il caso di morte, € 1.033.000,00 per il caso di invalidità permanente totale e € 258,00 giornaliera per il caso di inabilità temporanea assoluta, e per aeromobile i capitali di € 5.200.000,00 per il caso morte, € 5.200.000,00 per il caso di invalidità permanente totale e di € 5.200,00 giornaliera per il caso di inabilità temporanea assoluta.

In detta limitazione per aeromobile rientrano anche i capitali riferentesi ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio volo con estensioni contemplate da polizze infortuni cumulative stipulate dallo stesso Contraente. Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati

eccedessero gli importi sopra indicati, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno adeguate con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti.

Sono comunque esclusi i viaggi effettuati su apparecchi per il volo da diporto o sportivi (deltaplano, ultraleggeri, parapendio e simili).

Art. 17- Limiti territoriali e di risarcimento

L'assicurazione è prestata per tutto il mondo. In ogni caso il pagamento delle indennità sarà effettuato in Italia con moneta nazionale.

Nel caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più Assicurati, l'esborso a carico della Società non potrà superare la somma complessiva di € 5.200.000,00.

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

Art. 18- Limiti di età

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

Art. 19- Persone non assicurabili

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici.

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.

Art. 20- Esonero denuncia generalità degli assicurati

Non operante

Art. 21- Altre assicurazioni

E' data facoltà al Contraente di non comunicare altre assicurazioni che avesse in corso o che stipulasse in futuro con altre imprese per gli stessi rischi assicurati con il presente contratto di assicurazione.

Art. 22- Denuncia dell'infortunio e 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 quarantacinque 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 o 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.

Art. 23- 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, fermo quando stabilito dall'art. 27.

Art. 24- 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 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.

Sono 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 Codice Civile (vedi precedente art.16 di polizza).

Art. 25- Invalidità Permanente – Liquidazione dell'indennizzo per Invalidità Permanente

Se l'infortunio ha per conseguenza un'invalidità permanente e questa si verifica entro due 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 minorato, 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 risulta non 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 di cui al successivo art. 29.

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 60% sarà liquidata l'indennità pari all'intero capitale assicurato.

Nel caso di invalidità permanente di grado inferiore al 60% della totale, la liquidazione dell'indennizzo viene corrisposta, in proporzione al grado di invalidità accertato, secondo i seguenti parametri:

- sulla parte di somma assicurata fino a € 200.000,00, con deduzione di una Franchigia del 3% del grado di invalidità permanente accertato;
- sulla parte di somma assicurata eccedente € 200.000,00 e fino a € 400.000,00, con deduzione di una Franchigia del 5% del grado di invalidità permanente accertato;
- sulla parte di somma assicurata eccedente € 400.000,00, con deduzione di una Franchigia del 10% del grado di invalidità permanente accertato.

Qualora l'invalidità permanente accertata sia di grado pari o superiore al 30%, l'indennizzo relativo verrà liquidato senza applicazione di alcuna franchigia.

Art. 26 – Anticipo sulla liquidazione per Invalidità Permanente

L'Assicurato, trascorsi 120 giorni dalla presentazione della denuncia di sinistro, può richiedere alla Società il pagamento di un acconto sino al massimo del 50% dell'indennizzo presumibile, a condizione che non siano sorte contestazioni sull'operatività della garanzia e che la percentuale di Invalidità Permanente stimata dalla Società, in base alla documentazione acquisita, sia superiore al 15% della totale. Resta salvo il diritto della Società ad esigere la restituzione dell'anticipo qualora emergano successivamente fatti che comportino l'inoperatività anche parziale della garanzia a termini di polizza.

L'acconto non potrà comunque essere superiore a € 150.000,00 qualunque sia l'ammontare del sinistro.

Art. 27 – Inabilità Temporanea

Quando l'infortunio cagiona una Inabilità Temporanea, la Società corrisponde l'indennità giornaliera convenuta per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle sue occupazioni.

L'indennità per Inabilità Temporanea viene corrisposta, per un massimo di 180 giorni per ogni infortunio, a decorrere dal 5° (quinto) giorno successivo a quello dell'infortunio.

Se l'infortunio è denunciato in ritardo rispetto a quanto previsto dall'art. 22 che precede, si considera giorno dell'infortunio il giorno della sua denuncia.

Il decorso delle lesioni deve essere documentato da certificazione medica da rinnovare alle rispettive scadenze, fino a completa guarigione; ciascun certificato deve essere inviato nel termine di 15 giorni dalla scadenza del precedente.

Art. 28- Cumulo di indennità

L'indennità per invalidità permanente è cumulabile con quella per morte. Se dopo il pagamento di un'indennità per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio, e 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.

Art. 29- 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 al quale è assegnato il contratto di assicurazione. 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.

Art. 30- Rinuncia alla 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, ex art. 1916 C.C., nei diritti dell'Assicurato, che potrà così esercitarli integralmente nei confronti dei terzi responsabili.

Art. 31- Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dalla definizione dei rapporti tra le Parti, la Società ed il Contraente hanno facoltà di recedere dal contratto con preavviso di 90 giorni da darsi con lettera raccomandata.

In ambedue i casi di recesso la Società rimborserà al Contraente i ratei di premio pagati e non goduti, escluse le imposte.

Art. 32 - Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio

La Società, con cadenza semestrale, si impegna a fornire al Contraente il dettaglio dei sinistri così suddiviso e completo dei dati identificativi del danneggiato e del numero di repertorio assegnato:

- a) sinistri denunciati;
- b) sinistri riservati (con indicazione dell'importo a riserva);
- c) sinistri liquidati (con indicazione dell'importo liquidato e data liquidazione);
- d) sinistri respinti.

E' fatto inoltre obbligo alla Società entro 180 giorni dalla ricezione di ogni denuncia segnalare l'esistenza di eventuali scoperture assicurative in quanto in assenza di tale dichiarazione il sinistro sarà considerato in garanzia ed assoggettato alle ordinarie procedure di liquidazione.

Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al Contraente di chiedere ed ottenere un aggiornamento con le modalità di cui sopra in date diverse da quelle indicate.

Sez. 4 - CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE

Art. 33- Identificazione degli assicurati

L'assicurazione, ai sensi della **L.R. 26/01/1987, n. 6, con le modifiche ed integrazioni di cui alle LL.RR. n. 1/1994 e 6/2001**, è prestata a favore di **n. 50 Consiglieri della Regione Calabria** in carica alla data di decorrenza del contratto, come da elenco allegato, nonché per tutti quelli nominati in corso di validità del contratto.

Per l'ingresso in assicurazione di nuovi nominativi, varrà l'apposita Determina di nomina da parte dell'Ente, in forza della quale la copertura decorrerà dalle ore 24,00 del giorno ivi indicato; il relativo premio dovuto verrà calcolato in ragione di 1/360 del premio lordo annuo unitario per ogni giorno di copertura.

Le differenze dovranno essere pagate entro sessanta giorni dalla ricezione dell'apposito documento da parte della Società e ritenuto corretto dalla Contraente.

| Prestazioni assicurate | Somme assicurate pro-capite |
|------------------------|-----------------------------|
| Morte | € 400.000,00 |
| Invalità Permanente | € 400.000,00 |
| Inabilità Temporanea | € 100,00 giornaliera |

Art. 34- Calcolo del premio annuo lordo

Il premio, conteggiato in base al premio lordo unitario sottoindicato, viene determinato come segue:

€ _____ PRO CAPITE x n. 50 = € _____

Il premio si intende così ripartito:

- 60% per i rischi professionali
- 40% per i rischi extraprofessionali

Art. 35- Disposizione finale

Rimane convenuto che si intendono operanti solo le presenti norme dattiloscritte.

La firma apposta dal Contraente su moduli a stampa forniti dalla Società assicuratrice vale solo quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio tra le Società partecipanti alla coassicurazione.

IL CONTRAENTE

LA SOCIETÀ

ALLEGATO N. 1 - ELENCO ASSICURATI

| N. | Cognome e nome | Data di nascita |
|-----------|------------------------------|------------------------|
| 1 | ADAMO NICOLA | 31/07/1957 |
| 2 | ALBANO GABRIELLA | 18/08/1954 |
| 3 | AMATO PIETRO | 21/05/1939 |
| 4 | BOVA GIUSEPPE | 29/10/1943 |
| 5 | BRUNI OTTAVIO GAETANO | 15/04/1944 |
| 6 | CAPUTO GIUSEPPE | 13/03/1949 |
| 7 | CHIAPPETTA GIANPAOLO | 03/07/1955 |
| 8 | CHIZZONITI AURELIO | 14/08/1945 |
| 9 | CICONTE VINCENZO ANTONIO | 15/11/1955 |
| 10 | CRINO' PIETRO | 09/04/1949 |
| 11 | DATTOLO ALFONSO | 23/04/1964 |
| 12 | DE MASI EMILIO | 20/07/1948 |
| 13 | DE GAETANO ANTONINO | 11/06/1977 |
| 14 | FEDELE LUIGI | 29/05/1953 |
| 15 | FRANCHINO MARIO | 20/01/1954 |
| 16 | GALLO GIANLUCA | 22/11/1968 |
| 17 | GENTILE GIUSEPPE | 15/01/1944 |
| 18 | GIAMBORINO PIETRO | 04/02/1957 |
| 19 | GIORDANO GIUSEPPE | 05/06/1972 |
| 20 | GRILLO ALFONSINO | 18/03/1967 |
| 21 | GUAGLIARDI DAMIANO | 27/09/1950 |
| 22 | GUCCIONE CARLO | 13/03/1960 |
| 23 | IMBALZANO CANDELORO | 04/07/1947 |
| 24 | LOIERO AGAZIO | 14/01/1940 |
| 25 | MAGARO' SALVATORE | 29/05/1954 |
| 26 | MAGNO MARIO | 01/05/1955 |
| 27 | MAIOLO MARIO | 25/05/1963 |
| 28 | MINASI CLOTILDE | 24/07/1960 |
| 29 | MIRABELLI ROSARIO | 06/05/1959 |
| 30 | MORRONE GIUSEPPE | 01/01/1946 |
| 31 | NACCARI CARLIZZI DEMETRIO | 03/04/1967 |
| 32 | NICOLO' ALESSANDRO | 08/03/1961 |
| 33 | NUCERA GIOVANNI | 02/01/1953 |
| 34 | ORSOMARSO FAUSTO | 18/08/1971 |
| 35 | PACENZA SALVATORE | 04/09/1957 |
| 36 | PARENTE CLAUDIO | 17/06/1956 |
| 37 | PRINCIPE SANDRO | 11/08/1949 |
| 38 | PUGLIANO FRANCESCO | 09/09/1955 |
| 39 | SALERNO NAZZARENO | 01/03/1965 |
| 40 | SCALZO ANTONIO | 31/08/1955 |
| 41 | SCOPELLITI GIUSEPPE | 21/11/1966 |
| 42 | SERRA GIULIO | 18/10/1954 |
| 43 | STILLITANI FRANCESCO ANTONIO | 26/09/1953 |
| 44 | SULLA FRANCESCO | 14/04/1954 |
| 45 | TALARICO DOMENICO | 18/05/1963 |
| 46 | TALARICO FRANCESCO | 11/01/1967 |
| 47 | TALLINI DOMENICO | 29/01/1952 |
| 48 | TREMATERRA MICHELE | 27/09/1964 |
| 49 | TRIPODI PASQUALE MARIA | 10/05/1957 |
| 50 | VILASI GESUELE | 16/04/1960 |