



**SERVIZIO DI COPERTURA ASSICURATIVA DELL'AZIENDA
SPECIALE MULTISERVIZI PER RISCHI DIVERSI, LOTTI SEPARATI
PER IL PERIODO 30.06.2018-30.06.2020**

CAPITOLATO SPECIALE D'APPALTO

LOTTO N. 7

INFORTUNI CUMULATIVA DIPENDENTI

CIG 7453979210

SEZIONE 1 - PARTE GENERALE

1.1 – DEFINIZIONI

Alle seguenti denominazioni si attribuisce il significato qui precisato:

ASSICURAZIONE	il contratto di assicurazione
POLIZZA	il documento che prova l'assicurazione
CONTRAENTE	il soggetto che stipula l'assicurazione
AMMINISTRAZIONE E/O ENTE	l'Ente pubblico, contraente/assicurato
ASSICURATO	il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione
SOCIETA'/IMPRESA	la Compagnia assicuratrice
PREMIO	la somma dovuta dal Contraente alla Società
SINISTRO	il verificarsi dell'evento per il quale è prestata l'assicurazione
RISCHIO	la probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne
INDENNIZZO	la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro
FRANCHIGIA	somma che viene dedotta da ciascun indennizzo che rimane a carico dell'assicurato
SCOPERTO	la percentuale dell'indennizzo che resta a carico dell'assicurato
BENEFICIARIO	il soggetto o i soggetti cui, in caso di morte dell'Assicurato, deve essere pagata la somma garantita
DEGRADO	deprezzamento dovuto all'età od allo stato di conservazione dell'ente o mezzo danneggiato o distrutto
ACCESSORIO	parte secondaria, complementare, aggiunta, per migliorare la funzionalità dell'ente cui si riferisce
COSE	sia gli oggetti materiali sia gli animali
INFORTUNIO	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte e/o una invalidità permanente e/o una inabilità temporanea.
INVALIDITA' PERMANENTE	La diminuita capacità o la perdita definitiva e irrimediabile della capacità generica a un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato.

1.2 - ATTIVITA' ESERCITATA DALLA CONTRAENTE

L'Azienda Speciale Multiservizi (A.S.M.) è un'azienda speciale di ente locale, partecipata al 100% dal Comune di Venaria Reale.

Core business dell'A.S.M. è la gestione di n. 24 farmacie comunali diffuse sul territorio della Provincia di Torino. Tale gestione avviene secondo due modalità:

- Gestione diretta di n. 4 farmacie comunali a Venaria Reale
- Gestione tramite convenzione tra il Comune di Venaria Reale, il Comune titolare e A.S.M. delle farmacie comunali di: Mappano, Alpignano, Pino T.se, Cavour, Rivoli, Borgaro, Roletto, Samone, Druento, Pianezza, La Loggia, Piossasco, Bruino, Volpiano, Rivarossa, Volvera fraz. Gerbole, Caselle T.se.

L'attività di gestione consiste nella commercializzazione di prodotti farmaceutici (attività di vendita al pubblico) tramite personale alle proprie dipendenze e dietro riconoscimento al Comune titolare di una percentuale del fatturato, nonché a puro titolo esemplificativo e non esaustivo: prodotti affini ai farmaceutici, presidi medico chirurgici, articoli sanitari, alimenti prima infanzia, dietetici speciali, prodotti per l'igiene personale, materiale parafarmaceutico e/o di cosmesi in genere, apparecchi ad uso diagnostico, apparecchi medicali ed elettromedicali.

L'acquisto dei prodotti è in parte da fornitori diretti in parte da grossisti.

L'A.S.M., a seguito dell'ottenimento delle autorizzazioni prescritte per legge, ha avviato, a far data dal 15/12/2017, l'attività di vendita on-line di medicinali senza obbligo di prescrizione ai sensi dell'art. 112-quater del decreto legislativo 24 aprile 2006 n. 219.

L'A.S.M. gestisce inoltre, per conto del Comune di Venaria Reale, le seguenti attività:

- Refezione scolastica presso asili nido, scuole materne, elementari e medie inferiori di Venaria Reale (tramite appalto)
- Gestione diretta di n. 3 asili nido comunali (gestione attività educativa e di pulizia attraverso proprio personale)
- Trasporto scolastico per studenti diversamente abili, tramite società esterna affidataria del servizio
- Gestione del complesso sportivo denominato "Sport Club Venaria Reale" comprendente piscina, palestra, campo da calcio a 8, campo da calcio a 5, campo da calcio a 5/tennis, un palazzetto con capienza max 300 posti. In tal caso gli utenti sono privati cittadini, sia minorenni che maggiorenni, che usufruiscono della struttura o con singole entrate o con abbonamenti di durata variabile, oppure società che affittano gli spazi (in questo ultimo caso gli affiliati sono assicurati dalle società) L'organizzazione dei corsi e la gestione delle attività connesse sono affidate alla società sportiva dilettantistica Sport Club Venaria Reale s.s.d. a r.l., partecipata al 100% dall'Azienda Speciale Multiservizi e che si intende ricompresa nelle coperture assicurative oggetto della presente gara;
- Gestione biblioteca comunale "Tancredi Milone" attraverso proprio personale (struttura di proprietà comunale)

ASMNet: attività di supporto informatico al Comune di Venaria Reale, manutenzione del sistema di videosorveglianza e sviluppo del supporto informatico della Polizia Municipale di Venaria Reale, manutenzione del sistema di videosorveglianza del Comune di Grugliasco.

Gli asili nido Banzi, Andersen e Collodi, l'impianto sportivo polivalente di Via Di Vittorio n. 18/a e la biblioteca comunale "Tancredi Milone" sono di proprietà del Comune di Venaria Reale e sono coperti da polizza All Risk emessa dalla Compagnia XL Insurance Company SE.

L'A.S.M., infine, esercita l'attività di somministrazione di alimenti e bevande, attraverso la gestione del punto bar/ristoro ubicato all'interno dell'impianto sportivo polivalente di Via Di Vittorio n. 18/a a Venaria Reale.

Agli effetti della presente copertura assicurativa si prende atto che:

L'A.S.M. possiede e/o utilizza e/o custodisce:

Beni immobili per destinazione, uso e natura, quali: aree, insediamenti, infrastrutture e fabbricati con relative pertinenze, dipendenze, tettorie, passaggi coperti e quant'altro di inerente, senza limitazioni di titolo, destinazione o caratteristiche costruttive.

Beni mobili e beni mobili iscritti nei pubblici registri, inclusi: impianti, macchine, macchinari, attrezzature, arredamento, mobilio e, più in generale, tutto ciò che – non rientrando nell'accezione di "bene immobile" – ne costituisce dotazione e pertinenza, medicinali compresi stupefacenti, materiale parafarmaceutico e/o di cosmesi in genere e quant'altro connesso ed occorrente al funzionamento dell'Azienda ed alla prestazione, da parte di questi, dei servizi erogati.

Beni immateriali quali: software per sistemi di elaborazione dati e simili; più in generale tutto ciò che rappresenti un valore.

1.3 ELENCO INSEDIAMENTI

Vedere elenco allegato sub doc. 1.

1.4. CONDIZIONI DI MAGGIOR FAVORE

In caso di discordanza tra le Condizioni generali, particolari, aggiuntive ed addizionali, prevarrà la clausola più favorevole per l'Assicurato.

SEZIONE 2 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

2.1. DURATA DEL CONTRATTO

Il presente contratto ha validità dalle ore 24,00 del 30 giugno 2018 alle ore 24,00 del 30 giugno 2020 e si intende automaticamente risolto alla sua scadenza senza obbligo di comunicazione inviata dalle parti.

E' in facoltà dell'Amministrazione chiedere alla Società la proroga della presente assicurazione fino al completo espletamento delle procedure di gara. Pertanto la Società si impegna a rinnovare l'assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche in vigore, per un periodo massimo di 180 (centottanta) giorni; il relativo premio dovrà essere anticipato in via provvisoria dall'Amministrazione.

È comunque nella facoltà delle parti di recedere dalla presente assicurazione alla scadenza di ogni periodo assicurativo, mediante lettera raccomandata o posta elettronica certificata (PEC) da inviarsi in firma digitale almeno 120 (centoventi) giorni prima della scadenza annuale.

Ai sensi dell'art. 35, D.Lgs 50/2016 ss.mm. e ii., l'Ente contraente si riserva la facoltà di esercitare l'opzione di rinnovo espresso per una durata pari a quella dell'iniziale appalto, previa adozione di apposito atto.

2.2. DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO - MODIFICHE DEL RISCHIO - BUONA FEDE

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 del Codice Civile.

La mancata comunicazione da parte del Contraente e/o dell'Assicurato di circostanze aggravanti il rischio, così come le dichiarazioni inesatte o incomplete, non comporteranno decadenza dal diritto all'indennizzo né la riduzione dello stesso, purché tali omissioni o inesattezze siano avvenute in buona fede.

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.

Si precisa che non costituiscono aggravamento di rischio, e pertanto il Contraente e/o l'Assicurato sono esonerati dal darne avviso alla Società, nuove costruzioni, demolizioni, modificazioni, trasformazioni anche nel processo tecnologico, ampliamenti, aggiunte e manutenzioni ai fabbricati, al macchinario, alle attrezzature, all'arredamento, agli impianti per esigenze del Contraente e/o dell'Assicurato in relazione alle sue attività, sempreché le caratteristiche principali dei rischi (costruzioni ed attività) non vengano sostanzialmente alterate.

2.3. PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA

L'assicurazione decorre, con copertura immediata, dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza.

A parziale deroga dell'art. 1901 del codice civile, l'Amministrazione pagherà all'Intermediario incaricato:

- entro 60 (sessanta) giorni dalla data di effetto del contratto, il premio riferito al primo periodo assicurativo;
- entro 60 (sessanta) giorni da ciascuna data di scadenza annuale, il premio riferito al periodo assicurativo in corso;
- entro 60 (sessanta) giorni dalla data di emissione delle appendici, l'importo conteggiato nelle medesime.

Trascorsi i termini sopra indicati, l'assicurazione resta sospesa e riprende la sua efficacia soltanto dalle ore 24 del giorno del pagamento del premio.

Resta convenuto che è considerata, a tutti gli effetti, come data di avvenuto pagamento, a prescindere da quando materialmente sarà accreditato il premio, quella dell'atto che conferisce tale ordine al Servizio di Tesoreria del Contraente, od altra Unità Operativa Economico-Finanziaria del Contraente, a condizione che gli estremi dell'atto vengano comunicati per iscritto alla Società a mezzo raccomandata o telefax o e-mail entro il termine di mora sopra indicato.

Ai sensi dell'art. 48 e 48 bis del D.P.R. 602/1973 la società da atto che:

- l'assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuata dal contraente ai sensi del D.M.E.F. del 18 gennaio 2008 n° 40, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'art. 3 del Decreto;

- il pagamento effettuato dal contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'art. 72 bis del D.P.R. 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 codice civile nei confronti della società stessa.

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.

2.4. TRACCIABILITÀ DEI FLUSSI FINANZIARI – CLAUSOLA RISOLUTIVA ESPRESSA

La Società è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi previsti dall'art. 3 della legge n. 136/2010 ss.mm. e ii. al fine di assicurare la tracciabilità dei movimenti finanziari relativi all'appalto. L'assicuratore si impegna a dare immediata comunicazione alla stazione appaltante ed alla Prefettura – ufficio territoriale del Governo della provincia a cui appartiene l'ente appaltante della notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria.

Qualora la società non assolva ai suddetti obblighi, il presente contratto si risolve di diritto ai sensi del comma 9bis dell'art. 3 della legge 136/2010.

2.5. MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Le eventuali modifiche alla presente polizza – concordate tra le parti – devono essere provate per iscritto.

2.6. - DIMINUZIONI, ALIENAZIONI, CESSAZIONI

Nei casi di diminuzione dei valori per qualsiasi motivo (esclusa l'assicurazione presso altri Assicuratori), di diminuzione di rischio, di alienazione di beni o di cessazione di rischio o dell'attività, la Società rimborserà la corrispondente quota di premio pagata e non goduta (escluse le imposte governative) come riportato all'articolo SOMME ASSICURATE e rinuncia al relativo diritto di recesso.

2.7. DANNI PRECEDENTI

Il Contraente e/o l'Assicurato sono esonerati dall'obbligo di dichiarare eventuali danni che avessero colpito le cose oggetto dell'assicurazione e/o l'attività in genere del Contraente e dell'Assicurato.

2.8. ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI

Se sulle medesime cose e per il medesimo rischio coesistono più assicurazioni, il Contraente e/o l'Assicurato sono esonerati dal dare alla Società comunicazione degli altri contratti stipulati.

In caso di sinistro, però, il Contraente e/o l'Assicurato devono darne avviso a tutti gli Assicuratori e sono tenuti a richiedere a ciascuno di essi l'indennizzo dovuto secondo il rispettivo contratto autonomamente considerato.

Qualora la somma di tali indennizzi - escluso dal conteggio l'indennizzo dovuto dall'Assicuratore insolvente - superi l'ammontare del danno, la Società è tenuta a pagare soltanto la sua quota proporzionale in ragione dell'indennizzo calcolato secondo il proprio contratto, esclusa comunque ogni obbligazione solidale con gli altri Assicuratori.

2.9. FORMA DELLE COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni intercorrenti fra la Società e il Contraente e/o l'Assicurato devono essere fatte per iscritto, a mezzo posta elettronica o posta elettronica certificata.

2.10. ONERI FISCALI

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

2.11. TITOLARITA' DEI DIRITTI NASCENTI DALLA POLIZZA

Le azioni, le ragioni ed i diritti nascenti dalla polizza sono esercitati dall'Amministrazione e dalla Società. Spetta in particolare all'Amministrazione compiere gli atti necessari all'accertamento ed alla liquidazione dei danni. L'accertamento e la liquidazione dei danni così effettuati sono vincolanti anche per il terzo interessato, restando esclusa ogni sua facoltà di impugnativa.

L'indennizzo liquidato a termini di polizza non può tuttavia essere pagato se non nei confronti o col consenso dei titolari dell'interesse assicurato.

2.12. ISPEZIONE DELLE COSE ASSICURATE

La Società ha sempre il diritto di visitare le cose assicurate e l'Amministrazione ha l'obbligo di fornirle tutte le occorrenti indicazioni ed informazioni.

2.13. INTERAZIONE DI CLAUSOLE E RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Le condizioni di cui al presente capitolato speciale di polizza derogano e prevalgono su qualsiasi altra condizione della polizza emessa dalla Società, comprese le condizioni generali di assicurazione, sempre che le prime risultino più favorevoli nei confronti dell'Amministrazione.

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

Non potranno, pertanto, essere tenute in considerazione condizioni di polizza che risultino in contrasto con quanto disciplinato dal presente capitolato.

Ciò premesso, si conviene che, in caso di dubbio, verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole al Contraente e/o Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni di polizza.

Per quanto non previsto dalle presenti condizioni contrattuali, valgono unicamente le norme di legge nazionali e comunitarie in materia.

2.14. FORO COMPETENTE

Per le controversie riguardanti l'applicazione e l'esecuzione della presente assicurazione, è competente, a scelta del contraente, il Foro ove ha sede lo stesso oppure l'Assicurato, fatto salvo quanto previsto dal D.Lgs. 28/2010 ss.mm e ii. (esclusi gli Organismi di mediazione istituiti dall'Assicurato stesso).

2.15. ASSICURAZIONE PER CONTO DI CHI SPETTA

L'assicurazione è prestata in nome proprio e nell'interesse di chi spetta.

In caso di sinistro però i terzi interessati non avranno ingerenza nella nomina dei periti, né azione per impugnare la perizia, rimanendo stabilito e convenuto che le azioni, ragioni e diritti sorgenti dall'assicurazione stessa non potranno essere esercitati che dall'Amministrazione.

L'indennità che, a norma di quanto sopra, sarà liquidata in contraddittorio, non potrà essere versata se non con l'intervento, all'atto del pagamento, dei terzi interessati.

2.16. COASSICURAZIONE E DELEGA (NELL'EVENTUALITÀ DI COASSICURAZIONE)

In caso di coassicurazione l'assicurazione è ripartita per quote tra gli assicuratori indicati nel riparto allegato.

In caso di coassicurazione la società delegataria sarà tenuta ad assolvere, in ogni caso e comunque, direttamente e per l'intero, tutte le obbligazioni contrattuali assunte nei confronti del contraente e/o degli aventi diritto come derivanti dal presente contratto, indipendentemente dai fatti, dagli eventi, dalle circostanze di fatto e/o di diritto, dai rapporti che possono interessare gli assicuratori presso le quali il rischio è stato ripartito.

La società delegataria, pertanto, è espressamente obbligata ad emettere atto di liquidazione per l'intero importo dei sinistri ed a rilasciare al contraente/assicurato quietanza per l'ammontare complessivo dell'indennizzo, esclusa comunque ogni responsabilità solidale.

Con la sottoscrizione della presente polizza le coassicuratrici danno mandato alla società a firmare, anche per loro nome e per loro conto, ogni atto di gestione del contratto (appendice, modifica, integrazione, estensione di garanzia, variazione di massimale, somma assicurata ecc.) riconoscendo espressamente come

validi e pienamente efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di gestione compiuti dalla società delegataria in ragione e/o a causa della presente polizza.

In particolare, tutte le comunicazioni inerenti alla polizza, ivi comprese quelle relative al recesso e/o alla disdetta, alla gestione dei sinistri, all'incasso dei premi di polizza, si intendono fatte o ricevute dalla Delegataria in nome e per conto di tutte le società coassicuratrici.

SEZIONE 3 - NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO

3.1. DENUNCIA DEI SINISTRI – OBBLIGHI DEL CONTRAENTE

La denuncia del sinistro sarà effettuata per iscritto alla Società entro 15 giorni lavorativi dall'evento o da quando l'Amministrazione ne sia venuta a conoscenza, e conterrà l'indicazione del giorno, luogo e ora dell'evento, la descrizione delle cause che lo determinarono, l'indicazione dei nominativi di eventuali testimoni, nonché tutti gli elementi atti a consentire una adeguata ricostruzione dell'evento e sarà corredata delle relative certificazioni mediche.

L'Assicurato o gli aventi diritto devono consentire le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dalla Società. Inoltre, e sempre a questo scopo, l'Assicurato si obbliga a liberare dal segreto professionale i medici curanti o dallo stesso interessati.

L'Amministrazione è sollevata dall'obbligo di osservanza dei termini di dichiarazione o di avviso qualora non abbia avuto conoscenza dei casi verificatisi per fatto altrui.

3.2. ESAGERAZIONE DOLOSA DEL DANNO E DELLE PERDITE

Il Contraente o l'Assicurato che esagera dolosamente l'ammontare del danno e/o delle perdite, adopera a giustificazione mezzi o documenti menzogneri o fraudolenti, altera dolosamente le tracce ed i residui del sinistro, o facilita il progresso di questo, perde il diritto all'indennizzo.

3.3. MODALITÀ PER LA DETERMINAZIONE DEL GRADO DI INVALIDITÀ PERMANENTE

La determinazione della natura delle lesioni e la valutazione delle conseguenze dannose attribuibili all'evento sono effettuate dalla Società e dal beneficiario dell'assicurazione. A tal fine la Società invierà a quest'ultimo una proposta di indennità.

Qualora il beneficiario dell'assicurazione non intenda accettare la proposta pervenuta, la valutazione delle conseguenze attribuibili all'evento verrà, su domanda dello stesso, deferita a un collegio di tre periti nominati uno dalla Società assicuratrice, uno dal beneficiario e il terzo in accordo fra i primi due o, in difetto, dal Presidente del Tribunale del Foro ove ha sede l'Amministrazione. I periti, tenendo presenti le condizioni negoziali contenute nel presente contratto, decideranno a maggioranza. La loro decisione sarà impegnativa per le parti e inappellabile anche in eventuale mancanza di sottoscrizione del perito dissenziente.

Ciascuna delle parti sostiene le spese del proprio perito e metà di quelle del terzo.

3.4. LIQUIDAZIONE DEL DANNO

La Società procederà alla liquidazione del danno come di seguito riportato.

Per la liquidazione dell'indennizzo è considerata retribuzione annua dell'infortunato quella percepita per i titoli di cui sopra nel trimestre precedente quello in cui si è verificato l'infortunio, moltiplicato per quattro; a tale ammontare si aggiungeranno le somme relative a retribuzioni non pagabili ricorrentemente in ciascun mese e corrisposte effettivamente all'infortunato, purché su tali somme sia conteggiato o sia conteggiabile il premio di assicurazione.

Per gli Assicurati che non abbiano raggiunto l'anno di servizio è considerata retribuzione annua quella che si ottiene moltiplicando per 360 la retribuzione media giornaliera attribuibile all'infortunato per il periodo di tempo decorrente dall'assunzione in servizio fino al giorno dell'infortunio, considerando agli effetti della media anche i giorni non lavorativi.

3.5. MORTE

In caso di sinistro mortale, sempre che il decesso si verifichi entro 2 anni dal giorno dell'evento, verrà liquidato ai beneficiari (specificati dall'Assicurato o, in mancanza, ai suoi eredi legittimi e/o testamentari) un importo pari a quello indicato, per questo caso, alla SEZIONE 6 SOMME ASSICURATE E COSTITUZIONE DEL PREMIO.

3.6. MORTE PRESUNTA

In caso di morte presunta dell'Assicurato, l'importo indicato per il caso morte verrà liquidato dopo che siano trascorsi 6 mesi dalla avvenuta presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta ai sensi degli artt. 60 e 62 del codice civile, e ciò anche se il corpo dell'Assicurato non è stato ritrovato ma si presume che il decesso sia avvenuto a seguito di evento assicurato. Rimane altresì inteso che qualora la Società abbia pagato l'indennità dovuta e dopo ciò risulti che l'Assicurato sia vivo, la stessa avrà diritto alla restituzione della somma liquidata e, a restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti nel caso di eventuale invalidità permanente.

3.7. INVALIDITÀ PERMANENTE

In caso di sinistro che abbia per conseguenza un'invalidità permanente, sempre che essa si manifesti entro 2 anni dal giorno del sinistro, la determinazione dell'indennità avverrà:

a) valutando il grado di invalidità tramite accertamenti medici e sulla base:

- della TABELLA DELLE VALUTAZIONI DEL GRADO PERCENTUALE DI INVALIDITÀ PERMANENTE - INDUSTRIA (allegato 1 al D.P.R. 1124/1965);
- della TABELLA DI VALUTAZIONE DELLE MENOMAZIONI DELLA ACUTEZZA VISIVA (allegato 1 al D.P.R. 1124/1965);
- dei criteri di valutazione stabiliti dall'art. 78 del D.P.R. 1124/1965.

La Società rinuncia all'applicazione della franchigia prevista dalla normativa sopra richiamata, pertanto la garanzia è prestata **senza applicazione di franchigia**. Inoltre:

- qualora l'evento colpisca una persona la cui integrità fisica o attitudine al lavoro risultino ridotte per effetto di una preesistente inabilità fisica permanente e parziale, la valutazione del grado di invalidità sarà determinata dal rapporto espresso da una frazione in cui il denominatore è rappresentato dal grado di integrità preesistente (100% detratta la percentuale di inabilità preesistente) e il numeratore dalla differenza fra il grado di integrità preesistente e il grado di integrità fisica residua dopo il verificarsi dell'evento;
- qualora l'evento dannoso colpisca una persona la cui integrità fisica o attitudine al lavoro risultino ridotte per effetto di una preesistente inabilità fisica permanente e totale, l'invalidità sarà valutata in misura pari al grado di invalidità determinato con le modalità di cui al presente articolo, maggiorato del 50%;
- Il massimo grado di invalidità non potrà comunque superare la misura del 100%;

b) determinando e liquidando l'indennità nella misura pari:

- al capitale assicurato per questo caso alla SEZIONE 6 SOMME ASSICURATE E COSTITUZIONE DEL PREMIO, qualora l'evento abbia per conseguenza una invalidità permanente totale, intendendo per ciò la perdita

della capacità generica ad attendere a un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla propria professione;

- all'importo ottenuto applicando il grado di invalidità accertato al capitale spettante per il caso di invalidità permanente, qualora l'evento abbia per conseguenza una invalidità permanente parziale, intendendo per ciò la riduzione irrimediabile e definitiva della capacità ad attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo.

Si conviene, inoltre, che:

- la perdita totale e irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto è equiparata alla perdita anatomica dello stesso;
- in caso di mancinismo le percentuali d'invalidità previste per l'arto destro varranno per l'arto sinistro e viceversa.

Nei casi di invalidità permanente di grado pari o superiore al 50% sarà liquidata l'indennità pari all'intero capitale assicurato.

La Società, qualora abbia liquidato o comunque offerto in misura determinata l'indennizzo per la invalidità permanente e l'Assicurato sia deceduto entro 2 anni dall'evento, e in conseguenza di questo, pagherà agli aventi diritto, secondo le norme della successione legittima o testamentaria, la differenza tra questo e l'indennizzo determinato per il caso di morte, se superiore, e nulla richiedendo in caso contrario.

3.8. SPESE MEDICHE

La Società, in caso d'infortunio rientrante nella garanzia prestata, anche se non determinante la morte o l'invalidità permanente, rimborsa all'Assicurato, fino alla concorrenza dell'importo convenuto, le spese sostenute. Le spese verranno liquidate a presentazione di fatture, notule, e simile documentazione. La liquidazione potrà avvenire anche se non si è verificata la completa guarigione dell'Assicurato.

3.9. RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni sinistro e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o rifiuto del risarcimento, la Società o il Contraente possono recedere dall'assicurazione previa comunicazione all'altra mediante posta elettronica certificata (PEC), da inviarsi con preavviso di 120 giorni.

Nel caso in cui ad esercitare tale diritto fosse la Società, questa entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso, conguagliata con quanto eventualmente dovuto dal Contraente per variazioni intervenute nel corso di validità della polizza. La riscossione di premi, o rate di premio, venuti a scadenza dopo il recesso per sinistro o qualunque altro atto della Società e/o del Contraente, non potranno essere interpretati come rispettiva rinuncia della Società stessa a valersi della facoltà di recesso. Resta inteso che i predetti premi sono dovuti in pro-rata al periodo residuo di validità della polizza venutosi a determinare a seguito del recesso.

Nel caso di recesso da parte della Società da una delle garanzie di cui alla presente polizza a seguito di sinistro rientrante in tale garanzia, detta rescissione si intenderà valida per l'intera polizza.

3.10. OBBLIGO DI FORNIRE I DATI SULL'ANDAMENTO DEL RISCHIO

La Società, entro i 30 giorni successivi a ogni scadenza annuale, si impegna a fornire all'Amministrazione il dettaglio dei sinistri così suddiviso:

- a) sinistri denunciati (con indicazione della data dell'evento, del nome dell'Assicurato, della tipologia e descrizione dell'evento stesso);
- b) sinistri riservati (con indicazione dell'importo a riserva);
- c) sinistri liquidati (con indicazione dell'importo liquidato);

d) sinistri respinti e chiusi senza seguito (per quelli respinti mettendo a disposizione, se richiesto, le motivazioni scritte).

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

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

La Società, in tal caso, s'impegna a fornire all'Amministrazione il dettaglio dei sinistri entro i 15 giorni lavorativi successivi a ogni richiesta. In particolare, nel caso in cui la Società esercitasse la facoltà di recesso di cui ai precedenti articoli, la statistica dettagliata dei sinistri deve essere fornita in automatico dalla Società entro e non oltre 15 giorni lavorativi dalla data in cui il recesso è stato inviato.

Le predette statistiche possono essere richieste anche successivamente alla scadenza della polizza, fino alla definizione di tutte le pratiche.

La Società s'impegna a trasmettere l'aggiornamento dei sinistri entro e non oltre 15 giorni lavorativi dalla ricezione della richiesta inviata via fax o posta elettronica dal Contraente.

3.11. MODALITÀ PER LA LIQUIDAZIONE DELL'INDENNITÀ

La Società, ricevuto il certificato medico di guarigione o l'atto di morte, provvederà al pagamento delle indennità entro 45 giorni dal ricevimento di tali documenti. Qualora l'infortunio indennizzabile ai sensi di polizza comporti una invalidità permanente di grado superiore al 20%, la Società porrà a disposizione dell'infortunato un terzo della indennità corrispondente al danno al momento valutato, con riserva di successivo accertamento e conguaglio; il pagamento di tale anticipazione avverrà entro 45 giorni dal ricevimento, da parte della Società, della certificazione medica da cui risulti l'entità presunta della invalidità.

3.12. RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA

La Società dichiara di rinunciare a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto, all'azione di rivalsa che possa competere ai sensi dell'art. 1916 del codice civile.

La Società esonera il Contraente e gli Assicurati dalla preventiva denuncia di altre assicurazioni esistenti per il medesimo rischio.

La Società, altresì, esonera il Contraente e gli Assicurati, dall'obbligo di comunicare infermità, difetti fisici o mutilazioni da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione del presente contratto o che dovessero in seguito sopravvenire.

SEZIONE 4 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

4.1 SOGGETTI ASSICURATI

Destinatari dell'assicurazione prestata dal presente contratto, di seguito denominati Assicurati, sono i soggetti rientranti nei gruppi di seguito elencati, richiamati nelle tabelle riportate alla SEZIONE 6 SOMME ASSICURATE E COSTITUZIONE DEL PREMIO.

L'Amministrazione è esonerata dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità degli Assicurati. Per l'identificazione di tali persone, si farà riferimento alle risultanze dei registri tenuti in regola dall'Amministrazione o ad altri documenti probatori depositati presso l'Ente.

4.2. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione copre gli infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio delle attività dichiarate dal Contraente, compreso il rischio in itinere, per le garanzie indicate nelle tabelle di cui alla SEZIONE 6 SOMME ASSICURATE E COSTITUZIONE DEL PREMIO.

La copertura assicurativa opera anche se l'evento è derivante da:

- asfissia e/o soffocamento non di origine morbosa;
- avvelenamento da ingestione e/o assorbimento di sostanze;
- annegamento da qualsiasi causa determinato, assideramento e/o congelamento;
- fulmine, grandine, tempesta di vento, colpi di sole e/o di calore ed ogni altra influenza termica e/o atmosferica, frane, valanghe, slavine e calamità naturali in genere;
- scariche elettriche, contatto con acidi e corrosivi in genere;
- legittima difesa e/o atti di solidarietà umana;
- insurrezioni, tumulti popolari, scioperi e/o serrate, aggressioni, atti violenti con motivazioni politiche e/o sociali attentati, rapine, scippo, sequestro di persona anche tentato e ogni atto contro cose o persone penalmente perseguibile, sempreché l'assicurato non vi abbia preso parte attiva o volontaria;
- imperizia, imprudenza, negligenza e/o colpa grave, violazione di leggi e regolamenti; stato di malore, incoscienza, sonnolenza, purché non derivanti dall'uso di sostanze alcoliche, stupefacenti o simili.

Sono inoltre compresi in garanzia:

- A) le lesioni e/o le infezioni acute obiettivamente accertate che derivino a titolo esemplificativo e non limitativo da aggressioni di animali, punture di insetti con esclusione della malaria e di qualsiasi altra malattia.
- B) le conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche rese necessarie da infortunio.
- C) gli infortuni subiti dall'assicurato in stato di ubriachezza, esclusi comunque quelli conseguenti alla guida di mezzi di locomozione.
- D) gli infortuni derivanti dallo stato di guerra (dichiarata e non) e/o insurrezione armata e/o guerra civile, per il periodo massimo di 15 giorni dall'inizio delle ostilità o della insurrezione, se ed in quanto l'assicurato risulti sorpreso dagli eventi di cui sopra mentre si trovava all'estero in un paese sino ad allora in pace.
- E) gli infortuni derivanti dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore con esclusione di aeromobili e corpi subacquei, a condizione che l'assicurato sia in possesso di abilitazione alla guida prescritta.
- F) gli infortuni derivanti da pressione o depressione dell'aria e dell'acqua.

4.3. RISCHI ASSICURATI

SEZIONE A) AMMINISTRATORI

1) L'assicurazione vale per le seguenti persone che il Contraente ha l'obbligo e/o l'interesse ad assicurare:

n.01 Presidente del Consiglio di Amministrazione

n. 4 Consiglieri del Consiglio di Amministrazione relativamente a tutte le attività espletate carattere professionale, in connessione con il mandato, ivi compresi i rischi della circolazione su qualsiasi mezzo.

La Compagnia rinuncia alla preventiva identificazione delle persone e/o categorie assicurate.

Il Contraente tuttavia dichiara che per ogni persona da tenere in garanzia esistono atti e documenti ufficiali – delibere, ordinanze ed altri strumenti legislativi o aventi forza di legge – che possano comprovare la qualifica di "Assicurato". Detti atti o documenti sono a disposizione della Compagnia per verifiche o controlli anche in assenza di sinistri.

Resta inteso che, in caso di sinistro, alla denuncia dovrà essere allegato il provvedimento che giustifica la qualifica di "assicurato".

2) Limiti dell'assicurazione

L'assicurazione è prestata per ciascuna persona:

- caso morte: euro 250.000,00 (duecentocinquantamila/00) per Presidente e Consiglieri;

- caso invalidità permanente: euro 300.000,00 (trecentomila/00) per Presidente e Consiglieri.

La presente garanzia è prestata senza franchigia fino a concorrenza di un capitale garantito di € 200.000,00 (duecentomila/00); sull'eccedenza vige la franchigia fissa ed assoluta del 5%.

Pertanto si conviene che:

sulla prima componente di capitale fino a €. 200.000,00 l'indennizzo viene liquidato in misura proporzionale al grado di invalidità accertato, senza applicazione di alcuna franchigia;

sulla componente di capitale oltre €. 200.000,00 non si dà luogo ad indennizzo quando il grado di invalidità permanente accertato sia pari o inferiore al 5% della totale;

se è superiore al 5% dell'indennizzo viene corrisposto solo per la parte eccedente;

se l'invalidità permanente accertata è superiore al 25% della totale le precedenti franchigie decadono;

nel caso di invalidità permanente accertata sia maggiore del 65% della totale, la Compagnia liquida un indennizzo in misura pari al 100% del capitale assicurato.

Elemento variabile per la costituzione del premio: numero di Assicurati

SEZIONE B) DIPENDENTI

1) L'assicurazione vale per le seguenti persone che il Contraente ha l'obbligo e/o interesse ad assicurare:

a) i dipendenti tutti dell'Ente;

b) il Direttore Generale;

c) altri individui da individuare di volta in volta

relativamente a tutte le attività espletate a carattere professionale e non professionale, ivi compresi i rischi della circolazione su qualsiasi mezzo.

Il Contraente tuttavia dichiara che per ogni persona da tenere in garanzia esistono atti e documenti ufficiali – delibere, ordinanze ed altri strumenti legislativi o aventi forza di legge – che possano comprovare la qualifica di "Assicurato". Detti atti o documenti sono a disposizione della Compagnia per verifiche o controlli anche in assenza di sinistri. Resta inteso che, in caso di sinistro che colpisca i non dipendenti, alla denuncia dovrà essere allegato il provvedimento che giustifica la qualifica di Assicurato per l'infortunato.

2) Limiti dell'assicurazione:

a. L'assicurazione è prestata per i dirigenti:

- caso morte: euro 400.000,00 (quattrocentomila/00)

- caso invalidità permanente: euro 450.000,00 (quattrocentocinquantamila/00)

La presente garanzia è prestata senza franchigia fino a concorrenza di un capitale garantito di €. 200.000,00.

Sull'eccedenza vigono le seguenti franchigie:

sulla prima componente di capitale oltre €. 200.000,00 e fino a €. 300.000,00 la franchigia sarà del 3%;

sulla componente oltre €. 300.000,00 la franchigia sarà del 5% della totale;

se è superiore al 5% dell'indennizzo viene corrisposto solo per la parte eccedente;

nel caso di invalidità permanente accertata sia maggiore del 65% della totale, la Compagnia liquida un indennizzo in misura pari al 100% del capitale assicurato.

b. L'assicurazione è altresì prestata per ciascun dipendente:

- in caso di morte per una somma corrispondente a 5 volte la retribuzione lorda annua, con un massimo capitale di €. 500.000,00 (cinquecentomila/00)

- in caso di invalidità permanente per una somma corrispondente a 6 volte la retribuzione lorda annua, con un massimo capitale di €. 600.000,00 (seicentomila/00).

La presente garanzia è prestata senza franchigia fino a concorrenza di un capitale garantito di € 200.000,00; sull'eccedenza vige la franchigia fissa ed assoluta del 5%.

Pertanto si conviene che:

sulla prima componente di capitale fino a €. 200.000,00 l'indennizzo viene liquidato in misura proporzionale al grado di invalidità accertato, senza applicazione di alcuna franchigia;
sulla componente di capitale oltre €. 200.000,00 non si dà luogo ad indennizzo quando il grado di invalidità permanente accertato sia pari o inferiore al 5% della totale;
se è superiore al 5% dell'indennizzo viene corrisposto solo per la parte eccedente;
se l'invalidità permanente accertata è superiore al 25% della totale le precedenti franchigie decadono;
nel caso di invalidità permanente accertata sia maggiore del 65% della totale, la Compagnia liquida un indennizzo in misura pari al 100% del capitale assicurato.

Si precisa che:

nel novero dei dipendenti sono ricompresi anche i dipendenti della società Sport Club Venaria s.s.d. a r.l., partecipata al 100% dall'A.S.M., nonché i prestatori di occasionali, tirocinanti, etc.

Ai dipendenti delle farmacie la garanzia è estesa agli infortuni occorsi in servizio e per causa di servizio, in occasione di rapine, furti, aggressioni, anche solo tentati (rif. successivo art. 4.12)

Il numero totale dei dipendenti (sia di A.S.M. che di Sport Club Venaria Reale s.s.d. a r.l.) è 190 (di cui n. 2 dirigenti) per un preventivo retribuzioni lorde pari a €. 4.300.000,00.

Elemento variabile per la costituzione del premio: retribuzione lorda annua corrisposta ai dipendenti e ai dirigenti, nonché delle "retribuzioni figurative" a valere per altre categorie di assicurati non dipendenti dell'ente.

4.4. ASSICURATI "NON DIPENDENTI"

Per gli assicurati che non si trovino alle dipendenze del Contraente, le parti convengono che le somme garantite debbano essere ragguagliate ad una retribuzione figurativa di €. 20.000,00 annui, fermo restando i coefficienti moltiplicatori di cui all'art. 4.3..

4.5. IDENTIFICAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione è prestata per gli infortuni verificatisi nell'espletamento di attività, funzioni e/o mansioni in genere rientranti nel coacervo delle attività che più in generale il Contraente può legittimamente esercitare per propria autonomia statutaria e potestà regolamentare, nonché per delega o trasferimento dallo Stato e/o dalla Regione e/o dalla Provincia e/o dal Comune.

Si precisa pertanto che sono ammesse le missioni esterne, la guida di auto e motoveicoli in genere e l'uso come passeggero di aeromobili entro i limiti prefissati all'art. 4.7. (rischio volo). E' considerato infortunio l'evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, un'invalidità permanente e/o un'inabilità temporanea.

Sono compresi in garanzia:

imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;

atti di terrorismo e/o tumulti popolari, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;

atti di temerarietà, soltanto se compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;

infortuni sofferti in stato di malore e/o incoscienza;

l'avvelenamento acuto e le lesioni derivanti da ingestione o assorbimento di sostanze;

l'annegamento, l'assideramento, il congelamento, la folgorazione,; i colpi di sole o di calore o di freddo;

le conseguenze obiettivamente constatabili di morsi o punture di animali;

le lesioni determinate da sforzi, esclusi gli infarti e le ernie non traumatiche.

4.6. RISCHI SPORTIVI

La garanzia vale durante la pratica di ogni disciplina sportiva solo in quanto espressione professionale dell'attività della persona assicurata, cioè manifestazioni a scopo benefico e/o manifestazioni che

richiedano l'intervento promozionale di Amministratori e/o del Direttore generale e/o di funzionari e/o di dipendenti.

4.7. RISCHIO VOLO

La garanzia è estesa agli infortuni che l'assicurato subisca, in qualità di passeggero, durante i viaggi aerei di Trasporto Pubblico o privato Passeggeri su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti, esclusi i viaggi effettuati:

- su aeromobili di Società/Aziende di lavoro aereo per voli diversi dal Trasporto Pubblico Passeggeri;
- su aeromobili di Aeroclubs;
- su apparecchi per il volo da diporto e/o sportivo.

La copertura inizia dal momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e cessa nel momento in cui ne è disceso. La salita e la discesa mediante scale o altre attrezzature aeroportuali fanno parte del rischio volo. L'assicurazione è concessa nei limiti di cui sopra vale anche per gli atti di pirateria, sabotaggio, dirottamento, purché non conseguenti a guerra – anche non dichiarata – o insurrezioni, fatto salvo quanto specificato all'art. 8 (rischio guerra).

L'assicurazione vale per i casi e le somme uguali a quelli assicurati con la presente polizza e per i rischi da essa previsti, entro i limiti sotto indicati:

la somma delle garanzie previste dalla presente e da eventuali altre assicurazioni stipulate dall'assicurato o da altri in suo favore per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni (individuali e cumulative)= non potrà superare i seguenti capitali:

per persona:

€. 1.000.000,00 per caso morte

€. 1.000.000,00 per invalidità permanente

€. 250,00 al giorno per inabilità temporanea

complessivamente per aeromobile:

€. 5.000.000,00 per il caso morte

€. 5.000.000,00 per invalidità permanente

€. 5.000,00 per inabilità temporanea

In detta limitazione per aeromobile rientrano anche i capitali riferentesi ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze infortuni comuni "cumulative" stipulate dallo stesso Contraente. Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedano gli importi sopra indicati, gli indennizzi spettanti in caso di sinistro saranno adeguati con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti, salvo il diritto del Contraente al rimborso dei premi imponibili nella stessa proporzione.

4.8. RISCHIO GUERRA

L'assicurazione vale per gli infortuni derivanti da stato di guerra – dichiarata o non dichiarata – per il periodo massimo di 14 gironi dall'inizio delle ostilità. Se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero in un paese sino ad allora in pace.

4.9. RISCHIO IN ITINERE

La garanzia viene estesa agli infortuni che avvengano durante il tempo strettamente necessario a compiere il tragitto abituale dall'abitazione dell'Assicurato al luogo di lavoro e viceversa.

4.10. EVENTI CATASTROFALI

L'assicurazione vale per gli infortuni causati da terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, trombe, uragani, ma per la metà delle somme assicurate in contratto e per un massimo di €. 125.000,00 per persona per ciascun caso di morte ed invalidità permanente.

Se più assicurati con la presente polizza fossero coinvolti in un medesimo evento, l'esborso massimo della Compagnia non potrà superare l'importo di €. 1.500.000,00 (unmilione cinquecentomila); se gli indennizzi spettanti eccedessero tale importo, gli stessi saranno proporzionalmente ridotti.

Gli infortuni causati da movimenti tellurici, maremoti, inondazioni, eruzioni vulcaniche, trombe, uragani, verificatisi fuori dai confini d'Italia, San Marino, Città del Vaticano, saranno indennizzati senza tener conto dei limiti sopra indicati.

4.11. MALATTIE TROPICALI

La garanzia è estesa – per il solo caso di invalidità permanente – alle malattie tropicali, come definite dalle disposizioni di legge in materia. L'assicurazione è prestata per una somma pari a quella assicurata per l'evento Infortunio, ma con il massimo di €. 250.000,00 per singolo Assicurato.

La garanzia è prestata con una franchigia del 24% e pertanto:

nessun indennizzo spetta qualora l'invalidità accertata sia pari o inferiore al 24%;

per invalidità comprese tra il 25% e il 32% l'indennizzo sarà pari al 10% del capitale;

per invalidità comprese tra il 33% e il 40% l'indennizzo sarà pari al 25% del capitale;

per invalidità comprese tra il 41% e il 50% l'indennizzo sarà pari al 40% del capitale;

per invalidità comprese tra il 51% e il 60% l'indennizzo sarà pari al 55% del capitale;

per invalidità comprese tra il 61% e il 75% l'indennizzo sarà pari al 75% del capitale;

per invalidità superiore al 75% l'indennizzo sarà pari al 100%.

La presente estensione di garanzia vale a condizione che gli assicurati siano in buona salute e si siano sottoposti alle prescritte pratiche di profilassi.

Il Contraente si impegna a trasmettere agli Assicurati l'obbligo di denunciare alla Compagnia di essere stati colpiti dalla malattia di cui trattasi indipendentemente dall'esito che essa avrà, nonché di produrre in sede di denuncia la documentazione a prova dell'avvenuta profilassi. L'accertamento e la liquidazione degli eventuali postumi di invalidità verranno effettuati in Italia.

4.12. CASI PARTICOLARI: ESTENSIONE GARANZIA EX CCNL ASSOFAARM

Ai sensi del CCNL Assofarm ai lavoratori operanti in farmacia dovrà essere fornita, in aggiunta al trattamento ivi previsto, una copertura assicurativa che, in caso di infortuni subiti in servizio e per causa di servizio, in occasione di rapine, furti, aggressioni, o altri fatti dolosi, anche solo tentati, garantisca quanto segue,:

Euro/giorno 70,00 in caso di ricovero ospedaliero;

Euro 150.000,00 in caso di morte;

Euro 250.000,00 in caso di invalidità permanente totale.

4.13. RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO

In caso d'infortunio risarcibile a termini di polizza – ancorché non comporti indennizzo a titolo di invalidità permanente – la Società rimborsa agli Assicurati per i quali tale garanzia è prevista, il costo delle cure mediche sostenute, fino alla concorrenza del limite di indennizzo – per persona – indicato alla SEZIONE 6 SOMME ASSICURATE E COSTITUZIONE DEL PREMIO.

Per cure mediche s'intendono:

- spese ospedaliere o cliniche;

- onorari a medici e a chirurghi;
- accertamenti diagnostici, medico-legali ed esami di laboratorio;
- spese per il trasporto su ambulanze e/o mezzi speciali di soccorso all'Istituto di cura o ambulatorio;
- spese fisioterapeutiche in genere e spese farmaceutiche;
- spese per la prima protesi, escluse comunque le protesi dentarie;
- spese sostenute per ticket.

Rimangono espressamente escluse le spese sostenute per operazioni di chirurgia plastica, salvo quelle rese necessarie per eliminare o contenere il grado di invalidità permanente laddove tale garanzia viene prestata.

4.14. RIMBORSO SPESE PER L'ACQUISTO DI LENTI

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, a integrazione di quanto stabilito all'articolo RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO, la Società rimborsa agli Assicurati le spese sostenute, rese necessarie da danno oculare che sia conseguenza diretta dell'infortunio (compresi soggetti già portatori) per l'acquisto di lenti (comprese quelle a contatto) e relativa montatura, sino alla concorrenza del limite di indennizzo – per persona – riportato alla SEZIONE 6 SOMME ASSICURATE E COSTITUZIONE DEL PREMIO, sempreché la relativa spesa venga sostenuta entro un anno dal giorno dell'infortunio.

4.15. RIMBORSO SPESE ODONTOIATRICHE

A parziale deroga di quanto stabilito all'articolo RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO, riguardante le protesi dentarie, è convenuto che il rimborso è riconosciuto limitatamente alla prima protesi, sino alla concorrenza del limite d'indennizzo – per persona – riportato alla SEZIONE 6 SOMME ASSICURATE E COSTITUZIONE DEL PREMIO, purché la protesi sia applicata entro un anno dal giorno dell'infortunio.

4.16. DANNO ESTETICO

In caso d'infortunio indennizzabile a termini di polizza, che produca conseguenze di carattere estetico, ma che non comporti indennizzo a titolo di invalidità permanente, a parziale deroga di quanto stabilito all'articolo RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO, la Società rimborsa sino alla concorrenza del limite di indennizzo – per persona – riportato alla SEZIONE 6 SOMME ASSICURATE E COSTITUZIONE DEL PREMIO, le spese effettivamente sostenute per cure e applicazioni, nonché per interventi di chirurgia plastica, effettuate allo scopo di ridurre o eliminare il danno estetico, purché sostenute entro 2 anni dal giorno dell'infortunio e non oltre un anno della scadenza del contratto. Per danno estetico s'intende la deturpazione obiettivamente constatabile.

Il rimborso delle spese per danno estetico è cumulabile con ogni altro indennizzo garantito dalla Società.

4.17. DELIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

Fermo restando il principio contrattuale secondo il quale ciò che non viene espressamente escluso e/o delimitato rientra nell'operatività della garanzia, le parti si danno reciprocamente atto che sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti da:

- guida od uso, anche come passeggero, di mezzi subacquei e di aeromobili, salvo quanto disposto dall'art. 4.7.;
- uso non terapeutico di stupefacenti e/o allucinogeni e/o psicofarmaci;
- operazioni chirurgiche, accertamenti, cure mediche non resi necessari da infortuni;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e accelerazione di particelle atomiche;
- atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato.

Sono comunque esclusi l'infarto e le ernie non traumatiche.

4.18. ESONERO DI DENUNCIA INFERMITÀ

Il Contraente è esonerato dal denunciare malattie, mutilazioni, difetti fisici da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire. Gli Assicurati sono pertanto inclusi in garanzia indipendentemente dalle loro condizioni fisiche e di salute.

Ne caso di eventuali infortuni, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sano. In caso di perdita anatomica o di riduzione funzionale di un organo o di un arto già menomati, nella valutazione del grado di invalidità permanente le percentuali di cui alla Tabella n. 1 allegata al D.P.R. n. 1124 del 30.06.1965 e s.m.i. sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

4.19. RESPONSABILITÀ CIVILE DEL CONTRAENTE

Qualora l'infortunato o, in caso di morte, i beneficiari (o soltanto qualcuno di essi) non accettino, a completa tacitazione per l'infortunio, l'indennità dovuta ai sensi della presente polizza ed avanzino verso il Contraente maggiori pretese a titolo di risarcimento dei danni per responsabilità civile, l'indennità viene computata nel risarcimento che il contraente fosse tenuto a corrispondere per sentenza o transazione:

1. qualora, nonostante l'indennizzo liquidato a termini di polizza, l'assicurato o, in caso di morte, i beneficiari o altri aventi diritto, congiuntamente o singolarmente, avanzino maggiori somme nei confronti del Contraente a titolo di risarcimento di danni per responsabilità civile, la Compagnia risponde delle maggiori somme che questi fosse tenuto a pagare - per morte, invalidità permanente, inabilità temporanea - in eccedenza all'indennizzo predetto, ma entro il limite di €. 200.000,00 per persona.
2. qualora in un medesimo sinistro siano coinvolti più Assicurati, il maggior esborso a carico della Compagnia non potrà complessivamente superare la somma di €. 800.000,00 (ottocentomila/00);
3. la garanzia prestata con il presente articolo di polizza è operante soltanto per gli infortuni indennizzabili con la presente assicurazione, ma non vale:
 - a. per le azioni di rivalsa esperite da enti gestori di assicurazioni sociali;
 - b. se in relazione agli infortuni indennizzabili a termini della presente polizza è in corso con la società una polizza per la copertura della responsabilità civile del contraente da essi derivante;
4. se per un infortunio viene iniziato un procedimento penale o una causa in sede civile, il Contraente dovrà darne comunicazione alla Compagnia appena ne abbia conoscenza. Parimenti dovrà tenere informata la Compagnia di ogni domanda proposta da infortunati o loro beneficiari o loro aventi diritto per conseguire risarcimenti a titolo di responsabilità civile, trasmettendole in ogni caso documenti, notizie e quanto altro riguarda la vertenza. La Compagnia assume fino a soluzione, sostenendone le spese, la gestione delle vertenze tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, sia civile che penale in ogni ordine e grado, a nome del contraente, avvalendosi di tutti i diritti ed azioni a lui spettanti.

4.20. CONDIZIONE AGGIUNTIVA

Relativamente alle persone rientranti nelle categorie "altre persone da individuare di volta in volta" si conviene quanto segue:

l'assicurazione per ciascuna persona è prestata oltre che per i casi e per le somme di cui all'Art. 4, anche per le seguenti garanzie:

rimborso spese sanitarie fino a concorrenza di €. 8.000,00 per sinistro;

indennità di ricovero a seguito di infortunio per €. 50,00 al giorno per un periodo massimo di 365 giorni;

indennità per ingessatura per €. 50,00 al giorno e per un periodo massimo di 365 giorni, comprensivo dell'indennità per ricovero.

4.21. RIMBORSO SPESE SANITARIE PER ASSICURATI "NON DIPENDENTI"

Per le cure delle lesioni causate da infortunio, la Compagnia rimborsa fino alla concorrenza del massimale assicurato, le spese sostenute:

- in caso di ricovero per la degenza in istituto di cura (onorari medici, cure mediche, esami, diritti di sala operatoria, materiale di intervento – comprese le endoprotesi – trattamenti riabilitativi, rette di degenza). Qualora le spese di ricovero siano interamente a carico del Servizio Sanitario Nazionale, la Compagnia – in sostituzione del rimborso – liquida una diaria di €. 75,00 per ogni pernottamento e per un massimo di 100 pernottamenti. La diaria sostitutiva cumula con la diaria da ricovero con il limite di €. 125,00.
- relativamente alle prestazioni sanitarie extra-ricovero, per accertamenti diagnostici, onorari dei medici, interventi chirurgici ambulatoriali e cure mediche, trattamenti riabilitativi, noleggio di apparecchiature terapeutiche e/o ortopediche; per cure e protesi dentarie rese necessarie da infortunio. Le spese per il materiale prezioso e le leghe speciali impiegati nelle protesi sono rimborsabili fino a €. 1.000,00 mentre non sono rimborsabili le spese per la riparazione o la sostituzione di protesi applicate prima dell'infortunio; per il trasporto dell'Assicurato al luogo di cura o di soccorso o da un istituto di cura all'altro con mezzi adeguati alla gravità delle condizioni dell'infortunato, il tutto fino a concorrenza di €. 500,00 (€. 2.500,00 se vi è l'intervento dell'ambulanza). Le spese del presente comma sono rimborsate nella misura dell'80%; il rimanente 20% - con il limite di €. 75,00 per ogni infortunio – resta a carico dell'Assicurato.
- in caso di intervento riparatore del danno estetico per la chirurgia plastica fino alla concorrenza di €. 2.500,00. Tali spese sono rimborsabili purché l'intervento riparatore avvenga entro due anni dal giorno dell'infortunio (provato da cartella clinica descrittiva di un Pronto Soccorso) e non oltre un anno dalla scadenza del contratto.

4.22. COSTITUZIONE DEL PREMIO

Il premio è conteggiato moltiplicando i premi unitari convenuti per gli elementi variabili riportati per ogni categoria alla SEZIONE 6 SOMME ASSICURATE E COSTITUZIONE DEL PREMIO, e risulta costituito da una rata pagata anticipatamente, calcolata sulla base dei dati forniti dal Contraente al perfezionamento del contratto e all'inizio di ogni annualità assicurativa, e da una eventuale regolazione calcolata sulla base dei dati consuntivi.

Laddove possibile, il premio di regolazione sarà calcolato in proporzione all'effettiva permanenza in rischio del soggetto assicurato (numero di giornate presenza).

Agli effetti assicurativi per retribuzione s'intende tutto quanto, al netto degli oneri previdenziali, il dipendente effettivamente riceve a compenso delle sue prestazioni, comprese le indennità fisse, i premi, le gratificazioni, i compensi speciali di qualsiasi natura, quando pure abbiano carattere transitorio o di contingenza, le partecipazioni agli utili e le provvigioni, nonché l'equivalente in denaro di tutte le corrisposizioni in natura.

Per gli amministratori, è equiparata alla retribuzione lorda annua l'emolumento percepito annualmente.

Qualora nel corso dell'annualità assicurativa intervengano variazioni del numero degli Assicurati per inclusioni o esclusioni, queste s'intendono automaticamente efficaci e assicurate senza l'obbligo della preventiva comunicazione da parte del Contraente. Il Contraente pertanto s'impegna a fornire alla Società entro i 120 giorni successivi alla scadenza di ogni periodo assicurativo, ai fini della regolazione del premio dell'annualità precedente, le variazioni numeriche intervenute e le date corrispondenti.

Il Contraente è esonerato dalla preventiva denuncia delle generalità degli Assicurati, per la identificazione dei quali si farà riferimento ai documenti ufficiali in possesso dell'Amministrazione stessa. Qualora il Contraente abbia in buona fede fornito dichiarazioni inesatte sul numero degli Assicurati, la Società riconoscerà la piena validità del contratto fermo il suo diritto a richiedere la quota di maggior premio non percepita.

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

4.23. LIMITE DI INDENNIZZO

Resta convenuto che, in caso di sinistro - o serie di infortuni che siano causati, riconducibili o conseguenti alla stessa causa, evento o circostanza - che colpisca più Assicurati l'esborso a carico della Società non potrà superare la somma complessiva di €. 10.000.000,00.

La somma complessiva che precede si intende unica per tutti i certificati della presente polizza e per tutte le polizze stipulate dal Contraente - o per il suo tramite in qualità di Associato ad una Cassa di Assistenza - con la Società per il rischio infortuni. Se gli indennizzi complessivamente dovuti eccedessero tale importo la Società procederà alla loro riduzione proporzionale. La riduzione conseguente al limite che precede verrà effettuata proporzionalmente alla somma assicurata per ogni persona.

SEZIONE 5 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE DA CONTAGIO ACCIDENTALE DEL VIRUS HIV, HBC O HCV

5.1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La presente copertura vale per il rischio da contagio da virus HIV, HBV o HCV avvenuto durante lo svolgimento dell'attività lavorativa per le attività che l'Assicurato svolga con carattere di professionalità ed esplicata per conto del Contraente.

La Compagnia assicura l'indennizzo indicato in polizza qualora l'Assicurato risulti sieropositivo o infettato dal virus HBV o HCV, secondo gli accertamenti previsti e disposti dall'art. 4.3 che segue.

L'Assicurazione prestata con la suindicata polizza vale per il personale alle dipendenze del Contraente appartenente alle seguenti categorie:

- FARMACISTI.
- il numero delle persone da assicurare è di n. 94 per l'attività di farmacista svolta per conto del Contraente.

5.2. LIMITI DI ETÀ

L'Assicurazione non vale per le persone di età maggiore di 75 anni; tuttavia per le persone che raggiungono tale età in corso di contratto, l'Assicurazione mantiene la sua validità fino alla scadenza annuale della polizza corrente.

5.3. DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI – CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

L'Assicurato che ritiene di essere contagiato dal virus HIV, HBV, HCV a causa di un evento accidentale occorsogli nello svolgimento dell'attività per la quale è prestata l'assicurazione, deve – entro 30 giorni dal momento in cui è avvenuto il fatto – darne avviso alla Compagnia (anche per il tramite del Contraente). Contemporaneamente deve essere inviata per raccomandata o posta certificata alla Compagnia una descrizione dettagliata dell'evento, certificata dal Contraente o dall'Ente – se diverso dal Contraente – presso il quale si è verificato il fatto accidentale.

Entro 10 giorni dall'evento l'Assicurato deve sottoporsi ad un primo test HIV, HBC, HCV presso un centro specializzato. Qualora dal test risulti che l'Assicurato sia sieropositivo e/o già infettato dal virus, non sarà dovuto alcun indennizzo, cesserà l'assicurazione nei suoi confronti ed il premio diminuirà a partire dalla scadenza successiva.

Se il primo test immunologico fornirà un risultato negativo, l'Assicurato entro i 180 giorni successivi dovrà sottoporsi ad un secondo test: se da questo risulterà che l'Assicurato è divenuto sieropositivo o avrà contratto il virus HBC o HCV la Compagnia liquiderà l'indennizzo previsto dall'assicurazione.

Tutte le spese mediche relative al test HIV sono a carico dell'Assicurato, tuttavia, in caso di sinistro indennizzabile a termini di polizza anche dette spese saranno rimborsate dalla Compagnia.

L'Assicurato ha l'obbligo di farsi identificare, pena decadenza del beneficio dell'assicurazione, al momento di sottoporsi al test immunologico.

Il rispetto rigoroso dei termini della denuncia e degli altri obblighi indicati nei commi precedenti è essenziale per la validità dell'assicurazione; in caso di inadempienza l'Assicurato e gli aventi diritto perdono il diritto all'indennizzo.

5.4. LIQUIDAZIONE

La Compagnia, riscontrati gli adempimenti prescritti e constatato il contagio certificato dal secondo test immunologico descritto al precedente articolo, corrisponderà l'indennizzo pattuito.

5.5. RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA

La Compagnia rinuncia, a favore dell'Assicurato e degli aventi diritto, ad ogni azione di regresso verso gli autori o terzi responsabili del sinistro per le prestazioni da essa effettuate in virtù del presente capitolato.

5.6. PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili le persone affette da emofilia e le persone portatrici del virus HIV prima della denuncia del sinistro. Parimenti non sono assicurabili le persone affette da tossicomania.

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, A.I.D.S., le persone sieropositive per H.I.V. o affette dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniacodepressive o stati paranoidi. L'Assicurazione cessa con la diagnosi di una di tali affezioni, restando precisato che sono comunque escluse le conseguenze di questa prima diagnosi. Quando questa diagnosi comporti la cessazione della polizza durante il periodo di questa copertura gli Assicuratori rimborseranno la proporzione di premio relativa al periodo di copertura non goduto.

5.7. CONTROVERSIE SULLA NATURA E CONSEGUENZE DEL SINISTRO

Le controversie sulla natura e/o sulle conseguenze del sinistro verranno deferite, su semplice richiesta di una delle parti, a due medici nominati per iscritto, uno da ciascuna parte.

Tali medici, persistendo il disaccordo, ne nominano un terzo. Le decisioni sono prese a maggioranza. Se una parte non provvede o se manca l'accordo sulla scelta del terzo medico, la scelta è fatta, ad istanza della parte più diligente, dal Presidente dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nella località dove si riunisce il Collegio Medico come sopra composto. Il Collegio Medico risiede nel Comune, che sia sede di istituto universitario di medicina legale e delle assicurazioni, più vicino alla residenza dell'Assicurato. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza con dispensa da ogni formalità di legge e sono obbligatorie per le parti anche se uno dei medici si rifiutasse di firmare il relativo verbale.

Ciascuna delle parti sostiene le spese del proprio medico, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze del terzo medico.

5.8. ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI

Poiché la presente assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dal presente capitolato devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per la loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 c.c.

5.9. DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE INFLUENTI SULLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del contraente o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, comportano la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione come previsto dagli artt. 1892, 1893, 1894 del c.c.

5.10. ALTRE ASSICURAZIONI – ESONERO DALLA DENUNCIA DI ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente deve, entro 30 giorni, comunicare alla Compagnia l'eventuale stipulazione di altre assicurazioni riguardanti lo stesso rischio. La Compagnia, entro 60 giorni dalla comunicazione, può recedere dal contratto con preavviso di 30 giorni. In caso di sinistro il Contraente e/o l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli Assicuratori indicando a ciascuno il nome degli altri come previsto dall'art. 1910 c.c.

Il Contraente che dolosamente ometta di comunicare l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni perde il diritto all'indennizzo.

Il Contraente che dolosamente ometta di comunicare l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni perde il diritto all'indennizzo.

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare preventivamente altre eventuali assicurazioni, stipulate dai singoli Assicurati, in corso o che venissero sottoscritte successivamente.

5.11. PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA. REGOLAZIONE PREMIO.

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza, a prescindere dal pagamento del premio, che dovrà essere comunicato, a pena della sospensione della garanzia, a mezzo fax di incasso entro 60 gg dalla data d'effetto.

Il termine indicato vale anche per le rate successive.

Il pagamento di eventuali premi di regolazioni verrà effettuato entro 60 giorni dal ricevimento dell'appendice di congruaggio.

5.12. ASSICURAZIONE IN FORMA ANONIMA PER CATEGORIE O GRUPPI

Il Contraente è esonerato dal dichiarare le generalità degli Assicurati; per la loro identificazione si farà riferimento ai libri dell'amministrazione del Contraente tenuti obbligatoriamente per legge. Eventuali variazioni del numero degli Assicurati non obbligano il Contraente ad alcuna obbligazione, salvo quella da effettuarsi in sede di regolazione del premio.

5.13. ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'Assicurazione gli infortuni derivanti da:

- a) suicidio, tentato suicidio o autolesione intenzionale, o azione delittuosa o sediziosa compiuta dalla/e persona/e assicurata/e;
- b) uso di sostanze stupefacenti, allucinogeni o simili non prescritto da ricetta medica di un dottore specialista o se prescritto non usato in conformità con la prescrizione;
- c) guida di veicoli o natanti per i quali l'Assicurato non sia in possesso della relativa abilitazione o dell'età prescritta dalla legge;
- d) attività che l'Assicurato svolga senza carattere professionale;

e) contagio trasmesso per via sessuale e conseguente allo stile di vita dell'Assicurato
Inoltre:

- 1) Nessuna richiesta d'indennizzo a titolo della presente assicurazione sarà pagabile nei confronti di una Persona Assicurata che assuma o che abbia assunto narcotici per via endovena o sottocutanea diversamente dal corso normale di cure mediche secondo le prescrizioni di un medico debitamente abilitato;
- 2) Nessuna richiesta d'indennizzo a titolo della presente assicurazione sarà pagabile qualora questa fosse direttamente o indirettamente causata da o avvenisse con il contributo di una condizione medica conosciuta alla Persona Assicurata stessa al momento della sua prima elencazione a titolo di Persona Assicurata, salvo annotazione nel modulo dell'eventuale dichiarazione effettuata della condizione all'Assicuratore per iscritto, e l'accettazione concessa dall'Assicuratore stesso della copertura delle eventuali richieste derivanti da detta causa;
- 3) Nessuna richiesta sarà pagabile nei confronti di una Persona Assicurata che manca o si rifiuta di rendersi disponibile tempestivamente per visita medica da parte del consulente medico dell'Assicuratore (ivi compreso il prelievo di campioni che il consulente medico possa ritenere necessario) ogni qualvolta questo fosse ritenuto necessario da parte del consulente medico stesso);
- 4) Nessuna richiesta d'indennizzo sarà pagabile nei confronti di una Persona Assicurata che manca o si rifiuta di rendersi disponibile tempestivamente all'Assicuratore e al loro consulente medico;
- 5) L'Assicuratore non dovrà rispondere dell'eventuale ristoro relativamente a lesioni personali o malattia o perdita o danno o spese derivanti direttamente o indirettamente da, o in relazione a, ovvero risultino aggravati da qualsiasi scarica, esplosione o uso di un'arma di distruzione di massa sia che impieghi la fissione o la fusione nucleare sia altrimenti, ovvero gli agenti chimici, biologici, radioattivi o analoghi, da parte di chicchessia in qualsiasi momento e per qualsiasi motivo.

5.14. ESCLUSIONE DI GUERRA, TERRORISMO E STRAGI DI MASSA

Ferme le altre condizioni di polizza e modificazioni della stessa, si concorda che il presente contratto di Assicurazione esclude danni o esborsi di qualsiasi natura direttamente o indirettamente derivanti, contribuiti, causati, conseguenti o in relazione con quanto di seguito precisato, indipendentemente da altre cause o eventi che possano aver contribuito, concomitantemente o in altro momento, al danno o costo:

1. guerra, ostilità, operazioni belliche (con conflitti dichiarati o no);
2. invasioni;
3. atti perpetrati da nemici di nazionalità diversa da quella della persona assicurata o del paese nel quale gli atti si verificano;
4. guerra civile;
5. sommosse;
6. ribellioni;
7. insurrezioni;
8. rivoluzioni;
9. rovesciamento di governi legalmente costituiti;
10. tumulti civili che assumano le proporzioni o siano equivalenti ad una rivolta e sommossa;
11. colpi di stato militari o usurpazioni di potere;
12. esplosioni di armi da guerra;
13. l'utilizzazione di armi nucleari, chimiche o biologiche a distruzione di massa, in qualsiasi forma esse siano utilizzate o combinate tra loro;

14. omicidi o assalti per i quali sia stata dimostrata incontrovertibilmente la responsabilità di agenti appartenenti uno stato straniero rispetto alla nazionalità dell'Assicurato, sia nei casi di guerra dichiarata con quello stato sia nei casi in cui non vi siano state dichiarazioni di guerra;

15. attività terroristica.

Ai fini della presente esclusione:

I) per attività terroristica s'intendono l'atto o gli atti perpetrati da un soggetto o da gruppo/i di soggetti, compiuti per ragioni politiche, religiose, ideologiche o analoghe, con l'intenzione di influenzare il governo e/o di seminare il terrore tra l'opinione pubblica o parti della stessa. L'attività terroristica può comprendere, senza essere a questo limitata, il ricorso alla forza o alla violenza e o la minaccia di ricorrervi. Inoltre potranno essere ritenuti responsabili di attività terroristiche soggetti che agiscano individualmente, ovvero per conto di, o in collaborazione con organizzazione/i o governo/i;

II) per utilizzazione delle armi nucleari a distruzione di massa si intende l'uso di ogni tipo di esplosivo nucleare o mezzo di emissione, scarico, dispersione, rilascio o fuga di materiale fissile con livello di radioattività con capacità di rendere inabile o portare alla morte persone e animali;

III) per utilizzazione di armi chimiche a distruzione di massa si intende l'emissione, scarico, dispersione, rilascio o fuga di ogni materiale chimico composto solido, liquido o gassoso, che quando usato causa incapacità, disabilitazione o morte di persone e animali;

IV) per utilizzazione di armi biologiche a distruzione di massa si intende l'emissione o scarico, dispersione, rilascio o fuga di ogni agente patogeno (produttore di malattie), micro-organismi e/o tossine biologiche (inclusi, modifiche genetiche e tossine chimiche) capaci di causare incapacità, disabilitazione o morte di persone e animali.

Esclusi dalla presente copertura assicurativa s'intendono inoltre i danni o gli esborsi di qualsivoglia natura, direttamente o indirettamente causati o in relazione con eventuali azioni intraprese per controllare, prevenire o sopprimere uno o tutti gli eventi di cui ai sopra elencati punti da (1) a (15). Nel caso in cui parte della presente esclusione sia da ritenersi nulla o non applicabile, la parte restante rimarrà in vigore a tutti gli effetti.

5.15. ESCLUSIONE PER CONTAMINAZIONE NUCLEARE

Questa Assicurazione esclude qualsiasi sinistro direttamente o indirettamente conseguente o causato da:

1. radiazioni ionizzanti o contaminazioni radioattive derivanti da qualsiasi combustibile nucleare o da qualsiasi scoria nucleare derivante dalla combustione del propellente di cui sopra;
2. esplosioni radioattive tossiche o altre proprietà pericolose di qualsiasi altro assemblaggio nucleare o componente nucleare del detto assemblaggio, indipendentemente da come la emissione o esplosione si sia verificata.

5.16. SOMME ASSICURATE PRO CAPITALE

La somma assicurata pro capite è di €. 155.000,00 (centocinquantacinquemila/00).

SEZIONE 6 – SOMME ASSICURATE E COSTITUZIONE DEL PREMIO

SEZIONE A) COMPONENTI CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE (N. 1 PRESIDENTE E N. 4 CONSIGLIERI CDA)

Rischi e somme assicurate per ciascun soggetto

Morte	€. 250.000
Invalità Permanente	€. 300.000
Rimborso spese mediche	€. 2.000
Rimborso spese acquisto lenti	€. 1.000
Rimborso spese odontoiatriche	€. 1.000
Danno estetico	€. 2.000

SEZIONE B)

DIRIGENTI COMPRESO DIRETTORE GENERALE

Rischi e somme assicurate per ciascun soggetto - Capitali fissi

Morte	€. 400.000
Invalità Permanente	€. 450.000
Rimborso spese mediche	€. 2.000
Rimborso spese acquisto lenti	€. 1.000
Rimborso spese odontoiatriche	€. 1.000
Danno estetico	€. 2.000

DIPENDENTI TUTTI DELL'ENTE

Rischi e somme assicurate per ciascun soggetto - Capitali variabili

Morte	5 volte retribuzione lorda annua con il massimo di €. 500.000
Invalità Permanente	6 volte retribuzione lorda annua con il massimo di €. 600.000
Rimborso spese mediche	€. 2.000
Rimborso spese acquisto lenti	€. 1.000
Rimborso spese odontoiatriche	€. 1.000
Danno estetico	€. 2.000

ALTRI SOGGETTI DA INDIVIDUARE DI VOLTA IN VOLTA

Rischi e somme assicurate per ciascun soggetto - Capitali variabili

Morte	5 volte retribuzione lorda annua con il massimo di €. 100.000
Invalità Permanente	6 volte retribuzione lorda annua con il massimo di €. 120.000
Rimborso spese mediche	€. 2.000
Rimborso spese acquisto lenti	€. 1.000
Rimborso spese odontoiatriche	€. 1.000
Danno estetico	€. 2.000

CONTAGIO DA HIV, HBV O HCV

Persone assicurate	Somme assicurate pro capite
94	155.000,00

SVILUPPO DEL PREMIO

Capitale fisso

Partite	Persone assicurate	Somme assicurate pro capite	Premio lordo pro capite in €.	Premio annuo lordo in €.
1	n. 1 presidente n. 4 consiglieri	M. 250.000 IP 300.000		
2	n. 2 dirigenti	M. 850.000 IP. 900.000		
3	n. 94 farmacisti	155.000,00		

Capitale variabile

Partite	Retribuzioni lorde	Tasso lordo in €.	Premio annuo lordo in €.
4	€. 4.300.000		
5	€. 20.000		