

POLIZZA
INFORTUNI CATEGORIE VARIE

POLIZZA

stipulata tra

FONDAZIONE BRUNO KESSLER

Via S. Croce n.77, 38122 Trento
P.IVA 02003000227

e

la Spettabile

.....

che agisce nell'interesse proprio e delle Società Coassicuratrici
(di seguito chiamata Società)

Decorrenza: ore 24.00 del 31.12.2020

Scadenza: ore 24.00 del 31.12.2025 S.T.R.

Scadenza rate annuali: Al 31.12 di ogni anno.

DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intendono:

- per Assicurazione : il contratto di assicurazione;
- per Polizza : il documento che prova l'assicurazione;
- per Contraente : l'Impresa o l'Ente che stipula la polizza;
- per Assicurato : il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione;
- per Beneficiario : il soggetto cui , in caso di morte dell'Assicurato, deve essere pagata la somma garantita;
- per Società : l'impresa di assicurazione;
- per Premio : la somma dovuta alla Società;
- per Rischio : la probabilità che si verifichi il sinistro;
- per Sinistro : il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione;
- per Indennizzo : la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

ART. 1 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze della Contraente o 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.

ART. 2 - ALTRE ASSICURAZIONI

Gli assicurati sono esonerati dall'obbligo di comunicare preventivamente l'esistenza di altre assicurazioni infortuni e malattia.

ART. 3 – DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE – PAGAMENTO E REGOLAZIONE DEL PREMIO, DURATA E PROROGA

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza, anche se il premio o la prima rata di premio possono essere pagati entro 90 giorni dalla decorrenza suddetta.

Previa comunicazione da parte dell'Amministrazione dell'avvenuta aggiudicazione, il rischio si intende in copertura dalle ore 24 del giorno indicato in polizza.

In deroga a quanto diversamente convenuto, si precisa che il termine di rispetto per il pagamento delle rate di premio successive alla prima viene elevato a 90 giorni.

I pagamenti saranno effettuati tramite il broker incaricato della gestione della polizza.

Se il Contraente/Assicurato non paga entro tali termini, l'assicurazione resta sospesa e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.

Poiché il premio è convenuto, in tutto o in parte, in base a elementi di rischio variabili, esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minor durata del contratto, secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio. A tale scopo, entro 120 (centoventi) giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o della minor durata del contratto, il contraente/Assicurato deve fornire alla Società i dati necessari e cioè l'indicazione degli elementi variabili contemplati in polizza.

Le differenze, attive o passive, risultanti dalla regolazione, devono essere pagate nei 90 (novanta) giorni successivi alla relativa comunicazione da parte della Società.

Se il Contraente/Assicurato non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti o il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società deve fissargli mediante formale atto di messa in mora un ulteriore termine non inferiore a 30 (trenta) giorni, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo annuo per il quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva e la garanzia resta sospesa dalle ore 24 del giorno in cui il Contraente/Assicurato abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto della Società di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

Per i contratti scaduti, se il Contraente/Assicurato non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società, fermo il suo diritto di agire giudizialmente,

non è obbligata per sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

La Società ha diritto di effettuare verifiche e controlli, per i quali l'Assicurato è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie.

ART. 4 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

ART. 5 - VARIAZIONE DEL RISCHIO (DIMINUZIONE / AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO)

Nel caso di diminuzione del rischio, la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successivi alla comunicazione del Contraente (art. 1897 C.C.) e rinuncia al relativo diritto di recesso

Il Contraente e/o l'Assicurato comunicheranno per iscritto all'Assicuratore ogni mutamento che comporti un cambiamento o un aggravio del rischio coperto dalle garanzie prestate dalla presente polizza.

Le Modifiche rilevanti o gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dall'Assicuratore possono comportare la perdita totale o parziale dei diritti derivanti dalla presente polizza, ai sensi e per gli effetti del Codice civile.

In caso di aggravamento del rischio, l'Assicuratore avrà inoltre il diritto di recedere dalla presente polizza ai sensi dell'art. 1898 C.C.

L'Assicuratore rinuncia invece alla facoltà di recesso in caso di diminuzione del rischio di cui all'art. 1897 C.C.

Se, durante il periodo di assicurazione, ha luogo una delle Modifiche rilevanti, la copertura fornita in base alla presente polizza si applicherà esclusivamente agli atti illeciti commessi prima della data effettiva della Modifica rilevante.

ART. 6 - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro 30 giorni lavorativi da quando ne hanno avuto conoscenza (art. 1913 C.C.)

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (art. 1915 C.C.).

ART. 7 – RECESSO DEL CONTRATTO IN CASO DI SINISTRO – RINUNCIA

La Società rinuncia al diritto di recedere dall'assicurazione dopo ciascun sinistro.

La stessa potrà esercitare il diritto di recesso con preavviso di novanta giorni al termine di ciascuna annualità assicurativa.

Non è ammesso il recesso della Società dalla garanzia di singoli rischi o parti dell'assicurazione, salvo esplicita accettazione da parte dell'Assicurato e conseguente riduzione del premio.

ART. 8 – DURATA E PROROGA DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione ha durata di CINQUE ANNI con inizio dalle ore 24.00 del 31.12.2019 e scadenza al 31.12.2024, senza clausola di tacito rinnovo alla scadenza

finale.

E' facoltà del Contraente della convenzione assicurativa richiedere alla Società, entro 30 giorni antecedenti la scadenza, la proroga dell'assicurazione per un periodo massimo di 1 anno alle medesime condizioni. La Società, a fronte della corresponsione del relativo premio, si impegna sin d'ora a prorogare in tal caso l'assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche per un periodo di 180 giorni decorrenti dalla scadenza.

Il Contraente ha comunque la facoltà di recedere dalla presente polizza ad ogni scadenza annuale con preavviso di 3 (tre) mesi.

ART. 9 - ONERI FISCALI

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

ART. 10 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione vale per gli infortuni descritti nel capitolo 2 “Rischi coperti e capitali assicurati”.

E' considerato "infortunio" l'evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte e/o un'invalidità permanente.

E' considerata "invalidità permanente" la diminuita capacità o la perdita definitiva ed irrimediabile della capacità generica ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato.

E' considerata "morte" anche lo stato dichiarato di "coma irreversibile" conseguente ad infortunio.

Sono considerati infortuni anche i seguenti eventi:

- l'asfissia per fuga di gas, vapori o esalazioni velenose;
- gli avvelenamenti o le intossicazioni conseguenti ad ingestione od assorbimento di sostanze in genere;
- le infezioni od avvelenamenti derivanti da morsi o punture in genere;
- l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento;
- la folgorazione;
- i colpi di sole, di calore o di freddo;
- le lesioni (esclusi gli infarti) determinate da sforzi;
- le forze della natura compresi movimenti tellurici, maremoti, eruzioni, vulcaniche, alluvioni, frane, smottamenti, valanghe e slavine.

Si precisa inoltre che la garanzia vale anche per gli infortuni più sotto indicati in via esemplificativa e non limitativa derivanti all'Assicurato:

- durante la guida e/o uso di autoveicoli, imbarcazioni o motocicli di qualsiasi cilindrata;
- per imprudenze, negligenze o colpa grave, in stato di malore, incoscienza e vertigini;
- in occasione di rapine, attentati, sequestri, tumulti popolari, atti violenti od aggressioni in genere, con l'esclusione della partecipazione diretta dell'Assicurato agli eventi.

ART. 11 - RISCHI ESCLUSI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti:

- a) dalla guida di veicoli e natanti a motore, se l'assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- b) dall'uso, anche come passeggero, di aeromobili (compresi deltaplani ed ultra leggeri), salvo quanto disposto dall'art. 12;
- c) da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- d) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- e) da guerre o insurrezioni;
- f) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).

ART. 12 - RISCHIO VOLO

L'assicurazione vale per gli Infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi in aereo, turistici o di trasferimento, effettuati in qualità di passeggero su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti, tranne che:

- da Società/Azienda di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;
- da aeroclubs.

La somma delle garanzie di cui alla presente polizza e di eventuali altre polizze stipulate dall'Assicurato o da altri in suo favore per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni, non potrà superare i seguenti importi:

per persona:

- € 2.000.000,00 per il caso di Morte
- € 2.000.000,00 per il caso di Invalidità Permanente

per aeromobile:

- € 6.000.000,00 per il caso di Morte
- € 6.000.000,00 per il caso di invalidità Permanente

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 contatti.

Agli effetti della garanzia, il viaggio aereo si intende cominciato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso.

La garanzia di cui al presente articolo non è valida nel caso di polizza con durata inferiore ad un anno.

ART. 13 - LIMITE DI ETÀ

Sono ammessi al beneficio dell'assicurazione tutti indistintamente gli Assicurati a prescindere dalle loro condizioni di salute e da eventuali pregresse minorazioni fisiche o mutilazioni delle quali gli Assicurati stessi risultassero affetti, restando comunque espressamente confermato quanto previsto dall'art. 16) delle Condizioni Generali di Assicurazione (Criteri di indennizzabilità).

L'assicurazione non vale per le persone di età superiore a 85 anni.

Per le persone che raggiungano tale limite di età l'assicurazione avrà termine alla prima scadenza annuale del premio.

La Contraente è esonerata dall'obbligo della denuncia delle infermità, difetti fisici, o mutilazioni da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire.

ART. 14 - ESTENSIONI TERRITORIALI

La presente polizza s'intende operante nel mondo intero. Gli eventuali indennizzi verranno corrisposti in Italia ed in maniera corrente.

ART. 15 – DENUNCIA DEL SINISTRO E RELATIVI OBBLIGHI

La denuncia dell'infortunio dovrà contenere l'indicazione del luogo, del giorno e dell'ora dell'evento, nonché le cause che lo determinarono, dovrà essere corredata di certificato medico ed indirizzata a

- Broker di assicurazioni, entro il 30 giorno lavorativo dall'infortunio o dal momento in cui la Contraente, l'Assicurato od i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità.

Avvenuto l'infortunio, l'Assicurato deve ricorrere alle cure di un medico e seguirne le prescrizioni.

Successivamente l'Assicurato deve inviare, periodicamente e sino a guarigione avvenuta, certificati medici sul decorso delle lesioni.

Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, dovrà essere dato prima possibile avviso alla Società a mezzo telefax e/o telegramma.

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

ART. 16 - CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

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

Parimenti, nei casi di preesistente mutilazione o difetto fisico, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti.

ART. 17 - MORTE

L'indennizzo per il caso di morte è dovuto se la morte stessa si verifica - anche se successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno dell'infortunio. Tale indennizzo viene liquidato ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'assicurato in parti uguali.

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente, ma se entro 2 anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, gli eredi dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso, mentre i beneficiari hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per morte - se superiore - e quello già pagato per invalidità permanente.

ART. 18 - INVALIDITÀ PERMANENTE

a) Invalidità Permanente Assoluta

Se ad un infortunato in conseguenza di un infortunio verrà riconosciuta una invalidità permanente e questa si verificherà - anche successivamente alla scadenza di polizza - ma comunque entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquiderà per tale titolo e solo in questo caso una indennità calcolata sulla somma assicurata al momento dell'infortunio per l'invalidità permanente, come segue:

si considera invalidità permanente assoluta unicamente la perdita totale, definitiva ed irrimediabile dei due occhi o di tutte e due le braccia o le mani, di tutte e due le gambe o di ambo i piedi, la perdita contemporanea di un arto superiore e di uno inferiore, come pure lo stato d'insanabile alienazione mentale che renda l'Assicurato incapace di accudire, per tutta la sua vita, a qualunque lavoro od occupazione. Quando sia provato che l'infortunio ha causato l'invalidità permanente assoluta, la Società corrisponde all'Assicurato l'intera somma prevista per questo caso.

b) Invalidità Permanente Parziale

Si considera invalidità permanente parziale la diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità dell'Assicurato ad un proficuo lavoro per tutta la durata della sua vita. Quando sia provata l'invalidità permanente parziale, la Società liquida l'infortunio (per ogni arto od organo già integro e sano) in base alle seguenti percentuali della somma assicurata per il caso di invalidità permanente, indipendentemente dall'attività professionale dell'Assicurato:

	destro	sinistro
- per la perdita totale di un arto superiore	70%	60%
- per la perdita della mano o dell'avambraccio	60%	50%
- per la perdita di un arto inferiore al di sopra del ginocchio	60%	60%
- per la perdita di un arto inferiore all'altezza o al di sotto del ginocchio	50%	50%
- per la perdita di un piede	40%	40%
- per la perdita del pollice	18%	16%
- per la perdita dell'indice	14%	12%
- per la perdita del mignolo	12%	10%
- per la perdita del medio	8%	6%
- per la perdita dell'anulare	8%	6%
- per la perdita di un alluce		5%
- per la perdita di ogni altro dito del piede		3%
- per la sordità completa di un orecchio		10%
- per la sordità completa di ambedue le orecchie		40%
- per la perdita totale della facoltà visiva di un occhio		25%

La perdita assoluta ed irrimediabile dell'uso funzionale di un arto o di un organo viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.

Nel caso di perdita anatomica o funzionale di più arti od organi, l'indennità viene stabilita mediante addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione sino al limite massimo del 100%.

Per le falangi terminali delle dita, escluso il pollice, si considera invalidità permanente soltanto la asportazione totale. L'indennità per la perdita funzionale od anatomica di una falange del pollice o dell'alluce è stabilita nella metà mentre per quella di una falange di qualunque altro dito in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito.

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

- se l'ernia è operabile: fino a trenta giorni di indennità per inabilità temporanea, se tale indennità è contemplata in polizza;
- se non risulta operabile: indennità fino al 10% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente.

Questi massimi valgono anche se l'ernia è bilaterale.

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.

In tutti gli altri casi la valutazione del grado di Invalidità Permanente sarà effettuata facendo riferimento alla **Tabella allegata al D.P.R. del 30.06.1965 n.1124** (Settore Industria) con rinuncia alle franchigie relative stabilite, nonché alle successive eventuali modificazioni, con l'intesa che le percentuali indicate nella Tabella anzidetta vengano riferite ai capitali assicurati per il caso di invalidità permanente.

La Società prende atto che se l'Assicurato risulta mancino il grado di invalidità per il lato destro sarà applicato al sinistro e viceversa.

Nel caso in cui l'Assicurato subisca un infortunio ad un arto superiore o ad una mano o ad un avambraccio e risultasse che questi erano gli unici perfettamente integri o tali che venissero usati come "destri" si dovrà tenere conto di ciò anche nella valutazione del grado di invalidità permanente.

ART. 19 - MORTE PRESUNTA

La Società dichiara che se il corpo dell'Assicurato non venisse trovato entro un anno a seguito di arenamento, affondamento e naufragio del mezzo di trasporto aereo, lacustre, fluviale o marittimo, nonché in caso di scomparsa per qualsiasi altra causa, fermo restando quanto previsto dalle Condizioni di Assicurazione, verrà riconosciuto il risarcimento previsto per il caso di morte, considerando l'evento di cui sopra come infortunio.

Quando sia stato effettuato il pagamento delle indennità ed in seguito l'Assicurato ritorni o si abbiano di lui notizie sicure, la Società ha diritto alla restituzione delle intere somme pagate e relative spese, e l'Assicurato stesso potrà far valere i diritti che eventualmente gli sarebbero spettati nel caso avesse subito lesioni indennizzabili a norma della presente Convenzione.

Le lesioni corporali causate dall'esposizione agli elementi della natura dovuti ad un atterraggio di fortuna, arenamento, affondamento o naufragio del mezzo di trasporto sopra richiamato, sono peraltro garantite da questa Convenzione.

ART. 20 - INABILITÀ TEMPORANEA

L'indennizzo per inabilità temporanea è dovuto per ogni giorno in cui l'assicurato si è trovato nella totale incapacità di attendere alle proprie occupazioni a causa di evento garantito in polizza.

Per ogni giorno la Società corrisponderà una somma per un massimo di 365 giorni. Tale somma è cumulabile con le altre garanzie previste dalla presente polizza.

ART.20 - DIARIA DA RICOVERO

Se in conseguenza di evento indennizzabile ai sensi di polizza l'Assicurato viene ricoverato in Istituto di cura pubblico o privato, la Società liquida la diaria assicurata per ciascun giorno di ricovero per la durata massima di 365 giorni, anche non consecutivi, da quello dell'infortunio.

La diaria di cui sopra viene liquidata su presentazione della copia della cartella clinica completa di dichiarazione dell'istituto di cura attestante la durata del ricovero.

L'indennizzo per diaria da ricovero è cumulabile con quelli dovuti per morte o per invalidità permanente ed ogni altra somma assicurata.

Franchigia : 2 (due) giorni

ART. 21 RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO

Ove richiamata la garanzia, in caso di prestazioni sanitarie rese necessarie da infortunio, la Società rimborserà le spese sostenute fino ad un massimo di € 2.500,00 per persona assicurata.

Tale somma risarcirà, a titolo esemplificativo e non limitativo, l'assicurato per le spese sostenute in occasione di:

- § Onorari dei chirurghi e dell'equipe medica
- § Uso della sala operatoria
- § Rette di degenza in ospedali o cliniche
- § Medicinali prescritti dal medico curante
- § Onorari dei medici
- § Accertamenti diagnostici
- § Trasporto dell'Assicurato in ospedale o clinica o presidio medico più vicino
- § Esami di laboratorio
- § Cure e visite mediche
- § Cure di rieducazione, riabilitazione ecc.

La Società effettua il pagamento di quanto dovuto su presentazione in originale delle relative notule, distinte, fatture e ricevute debitamente quietanzate.

Le spese sostenute all'estero saranno rimborsate in Italia, in moneta corrente al cambio medio della settimana in cui sono state sostenute dall'Assicurato.

ART. 22 - LIQUIDAZIONE DELL'INDENNITÀ

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquiderà l'indennità che risulti dovuta, ne darà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvederà al pagamento.

Il diritto all'indennità per invalidità permanente è di carattere personale, quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato morisse per cause indipendenti dall'infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Società pagherà ai beneficiari l'importo liquidato od offerto.

Inoltre, se dopo il pagamento di un'indennità per invalidità permanente ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo l'Assicurato morisse, la società corrisponderà la differenza fra l'indennità pagata ed il capitale assicurato per il caso di morte - ove questa fosse superiore - e non chiederà il rimborso nel caso contrario.

L'indennità viene corrisposta in Italia ed in valuta corrente.

ART. 23 - MODALITÀ DI VALUTAZIONE DEL DANNO - CONTROVERSIE

Le divergenze sul grado di invalidità permanente o sul grado o durata dell'inabilità temporanea o sulla liquidabilità della diaria, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dall'art. 18 sono demandate per iscritto ad un Collegio di tre medici, nominati uno dall'Assicurato, uno dalla Società ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da esso designato, contribuendo per la metà delle spese e competenza per terzo medico.

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

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

ART. 24 - ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI

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

ART. 25- DIRITTO DI SURROGAZIONE

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 C.C. verso i Terzi responsabili dell'infortunio.

ART. 26 – DANNI ESTETICI

Si conviene che in caso di infortunio non escluso dalle Condizioni della presente polizza, che produca conseguenze di carattere estetico, ma che non comporti risarcimento a titolo di invalidità permanente, la Società rimborserà comunque 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, il tutto entro un limite massimo di € 5.000,00 per evento.

ART. 27 – RIENTRO SANITARIO (VALIDO IN ITALIA E ALL'ESTERO)

La garanzia è estesa al rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato in caso di infortunio o malattia che lo colpiscono nel corso di una missione di lavoro disposta dal Contraente e che rendano necessario il suo trasporto in ospedale attrezzato in Italia fino al limite di € 2.500,00 per persona assicurata.

ART. 28 – RIMPATRIO DELLA SALMA (VALIDO IN ITALIA ED ALL'ESTERO)

La garanzia è estesa al rimborso delle spese sostenute per il rimpatrio della salma dell'Assicurato, in caso di decesso a seguito di infortunio o malattia che lo colpiscano nel corso di una missione di lavoro disposta dal Contraente, fino al luogo di sepoltura e fino alla concorrenza di € 2.500,00 per persona assicurata.

ART. 29 - RISCHIO GUERRA

A parziale deroga dell'art.1.2 delle Condizioni di Assicurazione, la garanzia vale anche per gli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata), per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero.

Limitatamente al rischio aeronautico, l'assicurazione si intende estesa agli eventi conseguenti a rischio guerra con esclusione di sorvoli o soste nei paesi in stato di guerra.

ART. 30 – ESONERO DENUNCIA INFERMITÀ E DIFETTI FISICI

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

ART. 31 – IMPOSTE E DIRITTI

Le spese di bollo, tasse, imposte e diritti dipendenti dalla presente assicurazione sono a carico della Contraente o dell'Assicurato e suoi aventi diritto, anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

ART. 32 – FORO COMPETENTE

Per le eventuali controversie riguardanti l'applicazione e l'esecuzione della presente polizza le Parti possono presentare domanda congiunta, oppure la parte interessata può presentare apposita domanda, presso un Organismo di mediazione riconosciuto dal Ministero della Giustizia ed istituito presso le sedi appositamente previste, che inviterà l'altra parte ad aderire e a partecipare all'incontro di mediazione finalizzato alla conciliazione ai sensi del D.Lgs 28/2010, nel rispetto del Regolamento di conciliazione da questo adottato. Detto Organismo, a scelta del Contraente o dell'Assicurato, ha sede nella medesima provincia ove gli Stessi risiedono. In caso di più domande relative alla stessa controversia trova applicazione il criterio di priorità cronologica, e cioè la mediazione si svolgerà avanti l'organismo presso il quale è stata presentata la prima istanza di mediazione.

Qualora il tentativo di mediazione abbia esito negativo, la parte interessata potrà agire in giudizio presso il Foro competente esclusivo ove ha sede, l'Assicurato.

ART. 33 – RESPONSABILITÀ 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 del presente contratto e avanzino verso il Contraente maggiori pretese a titolo di responsabilità civile, detta indennità nella sua totalità viene accantonata per essere computata nel risarcimento che il Contraente fosse tenuto a corrispondere per sentenza o transazione.

Qualora l'infortunato o gli anzidetti beneficiari recedano dall'azione di responsabilità civile o rimangano in essa soccombenti, l'indennità accantonata viene agli stessi pagata sotto deduzione delle spese di causa sostenute dal Contraente.

ART. 34 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non espressamente menzionato e disciplinato dalla presente Convenzione si farà riferimento a quanto previsto dal Codice Civile.

ART. 35 - VALIDITÀ DELLE NORME DATTILOSCRITTE

Si intendono operanti solo le norme dattiloscritte.

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

ART. 36 – OBBLIGO DELLA SOCIETÀ DI FORNIRE ANNUALMENTE I DATI AFFERENTI L'ANDAMENTO DEL RISCHIO

La Società all'accensione del contratto ed entro 60 giorni dalla scadenza annuale di polizza, si impegna a fornire al Contraente il dettaglio dei sinistri così suddiviso:

- sinistri denunciati;
- sinistri riservati (con indicazione dell'importo a riserva);
- sinistri liquidati (con indicazione dell'importo liquidato);
- sinistri respinti (mettendo a disposizione le motivazioni scritte).

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

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.

ART. 37 – COASSICURAZIONE E DELEGA

L'assicurazione è ripartita per quote tra le Imprese indicate nel riparto allegato.

Ciascuna di esse è tenuta alla prestazione in proporzione della rispettiva quota, quale risulta dal contratto.

La Spettabile, all'uopo designata Coassicuratrice Delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle Coassicuratrici indicate nel riparto a firmare gli atti sopraindicati anche in loro nome e per conto e ciò vale anche per il presente atto.

Pertanto le comunicazioni inerenti alla polizza (ivi comprese le comunicazioni relative al recesso ed alla disdetta) devono trasmettersi dall'una all'altra parte solo per il tramite della Spettabile, la cui firma in calce di eventuali futuri atti impegnerà anche le Coassicuratrici che in forza alla presente clausola ne conferiscono mandato.

La Delegataria è anche incaricata dalle Coassicuratrici della esazione dei premi o di importi comunque dovuti dal Contraente/Assicurato in dipendenza del contratto, contro rilascio delle

relative quietanze; scaduto il premio la Delegataria può sostituire le quietanze eventualmente mancanti delle altre Coassicuratrici con altra propria rilasciata in loro nome.

Nel caso in cui il presente contratto sia aggiudicato ad ASSOCIAZIONE TEMPORANEA DI IMPRESA costituitisi in termini di legge, si deroga totalmente al disposto dell'art. 1911 del C.C., essendo tutte le Imprese sottoscrittrici responsabili in solido nei confronti del contraente aggiudicatore.

La delega assicurativa è assunta dalla Compagnia indicata dal raggruppamento di imprese quale mandataria.

Non è consentita l'associazione anche in partecipazione o di raggruppamento temporaneo di imprese concomitante o successivo all'aggiudicazione della gara.

ART. 38 – CLAUSOLA BROKER

Broker incaricato dal Contraente, ai sensi di legge e riconosciuto dall'impresa di assicurazioni per la gestione ed esecuzione della presente polizza, è

Il Contraente e l'impresa si danno reciprocamente atto che ogni comunicazione inerente all'esecuzione della presente assicurazione avverrà per il tramite del broker incaricato. Farà fede, ai fini della copertura assicurativa, la data di comunicazione ufficiale del broker all'impresa. I pagamenti saranno effettuati tramite il broker incaricato della gestione della polizza e tale procedura è accettata dall'impresa. Il pagamento eseguito in buona fede al Broker o ai suoi collaboratori, ai sensi dell'art. 118 del d.lgs.209/2005 ha effetto liberatorio nei confronti del contraente e conseguentemente impegna la Società a garantire la copertura assicurativa oggetto del contratto. Le commissioni riconosciute al Broker incaricato sono in misura del 10 %.

ART. 39 – ANTICIPAZIONE INDENNIZZO

In tutti i casi in cui l'infortunio dia luogo ad una invalidità permanente, la Compagnia assicuratrice si obbliga a riconoscere all'assicurato, dietro presentazione dei documenti giustificativi e previa visita da parte del medico fiduciario della Compagnia assicuratrice stessa, un'anticipazione parziale per l'indennizzo, e ciò non prima che siano trascorsi 90 (novanta) giorni dal giorno dell'evento infortunistico. L'anticipazione ha luogo nel caso in cui il grado di invalidità permanente superi l'aliquota del 10% (dieci per cento) ed è limitata nella misura massima di un terzo dell'indennizzo valutabile allo stato, con riserva di successiva revisione e conguaglio.

ART. 40 – TERMINE DI PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO DOVUTO AI SENSI DI POLIZZA

Il pagamento sull'indennizzo si effettua:

- a) in caso di morte: non oltre 30 giorni dopo il compimento delle formalità e l'invio dei documenti indispensabili,
- b) in caso di invalidità permanente: non oltre 30 giorni dopo l'accordo delle parti in merito al grado di invalidità;
- c) in caso di invalidità temporanea: non oltre 30 gironi dopo l'accordo delle parti in merito all'importo dovuto.
- d) In ogni caso, il tempo massimo di liquidazione per ciascun sinistro non potrà superare i 180 giorni dalla data di apertura del medesimo. Tale termine potrà essere prorogato solo per cause non dipendenti dalla Compagnia o dai propri incaricati, ivi compresi i periti. Per ogni giorno di ritardo rispetto al termine

indicato verrà applicata una penale pari allo 0,5% dell'ammontare del sinistro fino ad un massimo del 10%.

ART. 41 – IDENTIFICAZIONE DELLE PERSONE ASSICURATE

Per l'identificazione delle persone assicurate e per l'effetto della garanzia farà fede, per tutte le categorie, la documentazione conservata dalla Contraente.

ART. 42 - TRACCIABILITA' DEI FLUSSI FINANZIARI

L'assicuratore assume tutti gli obblighi 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.

In osservanza di tale Legge, gli strumenti di pagamento devono riportare nella causale il codice identificativo di gara. Qualora l'assicuratore non assolva agli obblighi previsti dalla Legge n. 136/2010, il presente contratto si risolve di diritto ai sensi dell'Art. 3 comma 8 della medesima Legge.

ART. 43) REVISIONE DEI PREZZI E DI ALTRE CLAUSOLE CONTRATTUALI

Per i contratti di durata pluriennale, qualora si intenda chiedere la revisione del prezzo, sei mesi prima della scadenza dell'annualità, sulla base dei dati a disposizione da comunicare all'Amministrazione, l'Assicuratore può segnalare all'Amministrazione contraente il verificarsi delle ipotesi di modifiche del rischio previsti all'Art. 34 (Variazione del rischio) e richiedere motivatamente, ai sensi dell'art.106 del d.lgs. 50/2016, la revisione dei premi o delle condizioni contrattuali attinenti alle franchigie, agli scoperti o ai massimali assicurati.

L'Amministrazione contraente, entro 15 giorni, a seguito della relativa istruttoria e tenuto conto delle richieste formulate, decide in ordine alle stesse, formulando la propria controproposta di revisione.

In caso di accordo tra le parti, si provvede alla modifica del contratto a decorrere dalla nuova annualità

ART. 44 - INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO

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

CAPITOLO 2 - RISCHI COPERTI E CAPITALI ASSICURATI

2.1. CATEGORIA CONDUCENTI AUTOVEICOLI DI PROPRIETA' FBK

OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione è valida per i conducenti dei veicoli costituenti il parco mezzi di proprietà del Contraente.

Capitali Assicurati

L'assicurazione è prestata per ciascun conducente per le somme indicate:

Morte	€	150.000,00
Invalità Permanente	€	150.000,00
Rimborso spese mediche da infortunio	€	2.500,00

Franchigia: nessuna

Premio anticipato: n. 8 (OTTO) mezzi di proprietà del Contraente
Per l'identificazione dei veicoli faranno fede i documenti in possesso dell'ente.

Regolazione: sulla base del numero effettivo dei mezzi di proprietà del Contraente;

CONDIZIONE SPECIALE VALIDA PER CATEGORIA CONDUCENTI AUTOVEICOLI

Rimborso spese mediche da infortunio

In caso di prestazioni sanitarie rese necessarie da infortunio, la Società rimborserà le spese sostenute fino ad un massimo di € 2.500,00 per assicurato.

Tale somma risarcirà, a titolo esemplificativo e non limitativo, l'assicurato per le spese sostenute in occasione di:

- onorari dei chirurghi e dell'equipe medica
- uso della sala operatoria
- rette di degenza in ospedali o cliniche
- medicinali prescritti dal medico curante
- onorari dei medici
- accertamenti diagnostici
- trasporto dell'Assicurato in ospedale, clinica o medico specialista
- esami di laboratorio
- cure e visite mediche
- cure di rieducazione, riabilitazione ecc.

2.2. CATEGORIA CONDUCENTI AUTOVEICOLI NON DI PROPRIETA' FBK

OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione è valida per i conducenti (dipendenti, amministratori, collaboratori) di veicoli in uso e/o proprietà non di facenti parte del parco veicoli di Fbk, mentre sono alla guida per motivi di servizio e/o missione.

Capitali Assicurati

L'assicurazione è prestata per ciascun conducente per le somme indicate:

Morte	€	150.000,00
Invalidità Permanente	€	150.000,00
Rimborso spese mediche da infortunio	€	2.500,00

Franchigia: nessuna

Premio anticipato: su numero di chilometri percorsi 70.000

Regolazione: sulla base dei chilometri percorsi

CONDIZIONE SPECIALE VALIDA PER CATEGORIA CONDUCENTI AUTOVEICOLI

Rimborso spese mediche da infortunio

In caso di prestazioni sanitarie rese necessarie da infortunio, la Società rimborserà le spese sostenute fino ad un massimo di € 2.500,00 per assicurato.

Tale somma risarcirà, a titolo esemplificativo e non limitativo, l'assicurato per le spese sostenute in occasione di:

- onorari dei chirurghi e dell'equipe medica
- uso della sala operatoria
- rette di degenza in ospedali o cliniche
- medicinali prescritti dal medico curante
- onorari dei medici
- accertamenti diagnostici
- trasporto dell'Assicurato in ospedale, clinica o medico specialista
- esami di laboratorio
- cure e visite mediche
- cure di rieducazione, riabilitazione ecc.

2.3. CATEGORIA RICERCATORI – VISITATORI**OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE**

L'Assicurazione è valida per Ricercatori, Collaboratori, Visitatori della Contraente per gli infortuni subiti durante lo svolgimento di attività di ricerca sia scientifica che umanistica **presso le sedi della Contraente**. La garanzia è estesa ai bambini/ragazzi che svolgono attività didattica presso l'Istituto.

Sono compresi il rischio in itinere, i trasferimenti e le missioni effettuati per conto della Contraente.

Si intendono esclusi di dipendenti.

Per l'identificazione delle persone assicurate si farà riferimento ai registri o libri che la Contraente si obbliga ad esibire in qualsiasi momento alla Compagnia.

Capitali Assicurati

L'assicurazione è prestata per ciascun conducente per le somme indicate:

Morte	€	125.000,00
Invalidità Permanente	€	125.000,00

Franchigia: nessuna

Premio anticipato: su numero di giornate presenza anticipo su n. 1.500

Regolazione: sulla base del numero di giornate

2.4 CATEGORIA DIPENDENTI/COLLABORATORI - TRASFERTE ITALIA /ESTERO**OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE**

L'Assicurazione è valida per Dipendenti e collaboratori della contraente che si recano in missione sia in Italia che all'estero per attività svolte per conto della Fondazione (ricerca, convegni, incontri scientifici, collaborazioni con università,..)

Per l'identificazione delle persone assicurate si farà riferimento ai registri o libri che la Contraente si obbliga ad esibire in qualsiasi momento alla Compagnia.

Capitali Assicurati

L'assicurazione è prestata per ciascuna persona per le somme indicate:

Morte	€	150.000,00
Invalità Permanente	€	150.000,00
Rimborso spese mediche da infortuni	€	5.000,00

Franchigia: 3% fissa su invalidità permanente
nessuna di Rimborso spese mediche

Premio anticipato: su numero di giornate trasferta pari a 12.000

Regolazione: sulla base del numero di giornate/trasferta

**CONDIZIONE SPECIALE VALIDA PER CATEGORIA
DIPENDENTI/COLLABORATORI - TRASFERTE ITALIA /ESTERO****Rimborso spese mediche da infortunio**

In caso di prestazioni sanitarie rese necessarie da infortunio, la Società rimborserà le spese sostenute fino ad un massimo di € 5.000,00 per assicurato.

Tale somma risarcirà, a titolo esemplificativo e non limitativo, l'assicurato per le spese sostenute in occasione di:

- onorari dei chirurghi e dell'equipe medica
- uso della sala operatoria
- rette di degenza in ospedali o cliniche
- medicinali prescritti dal medico curante
- onorari dei medici
- accertamenti diagnostici
- trasporto dell'Assicurato in ospedale, clinica o medico specialista
- esami di laboratorio
- cure e visite mediche
- cure di rieducazione, riabilitazione ecc.

2.5 CATEGORIA DIRIGENTI

OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione è valida per gli infortuni professionali ed extraprofessionali dei dirigenti della Contraente.

S'intende compreso il rischio in itinere.

Capitali Assicurati

L'assicurazione è prestata per ciascuna persona per le somme indicate:

Multipli della retribuzione:

- nel caso di morte: per una somma pari a 5 volte la retribuzione annua lorda, con il massimo di € 1.000.000,00
- nel caso di Invalidità permanente: fino ad una somma pari a 6 volte la retribuzione annua lorda, con il massimo di € 1.200.000,00

Franchigia: nessuna fino al 6° multiplo compreso

Conteggio del premio:

Preventivo retribuzioni: € 200.000,00

Regolazione:

sulla base delle retribuzioni effettivamente percepite dai dirigenti della Contraente.

CONDIZIONE SPECIALE VALIDA PER CATEGORIA DIRIGENTI

L'indennità per invalidità permanente parziale verrà calcolata sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, in base alle percentuali previste dalla "TABELLA INAIL" di cui al D.P.R. 30 Giugno 1965, n. 1124.

Per i casi di invalidità permanente che riducano di almeno il 50 % la capacità lavorativa del dirigente assicurato, valutati in base alla tabella allegato 1 del DPR 30 Giugno 1965 n 1124 e successive modificazioni, verrà corrisposto un indennizzo pari al 100% del capitale assicurato per il caso di Invalidità permanente totale.

La garanzia s'intende prestata anche per le malattie professionali riconosciute, per l'attività esercitata dal contraente, dal DPR 30 giugno 1965 n. 1124 e successive modificazioni.

A tale riguardo il contraente dichiara che all'atto del perfezionamento del presente contratto le persone da ritenersi assicurate non presentano alcuna manifestazione morbosa riferibile alle predette malattie.