



LOTTO 3

CAPITOLATO POLIZZA INFORTUNI

CONTRAENTE:	
Consorzio di Bonifica Pianura di Ferrara	
Via Borgo dei Leoni, 28	
44121 FERRARA (FE)	
CF/PIVA 93076450381	

EFFETTO:	ore 24,00 del 31.05.2019
SCADENZA 1° QUIETANZA	ore 24,00 del 31.05.2020
SCADENZA	ore 24,00 del 31.05.2024

Questo capitolato è stato redatto con l'ausilio di Ariostea Broker S.r.l.



NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

1) DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZA DEL RISCHIO – BUONA FEDE

Le dichiarazioni volutamente 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 Art. 1892, 1893 e 1894 C.C.

Tuttavia, l'omissione da parte dell'Assicurato di una circostanza eventualmente aggravante il rischio, così come le inesatte dichiarazioni dell'Assicurato all'atto della stipulazione del contratto o durante il corso dello stesso, non pregiudicano il diritto al risarcimento dei danni, sempreché tali omissioni o inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo, fermo restando il diritto della Società, una volta venuta a conoscenza di circostanze aggravanti che comportino un premio maggiore, di richiedere la relativa modifica delle condizioni in corso (aumento del premio con decorrenza dalla data in cui le circostanze aggravanti siano venute a conoscenza della Società o, in caso di sinistro, conguaglio del premio per l'intera annualità).

2) ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente deve comunicare per iscritto alla Società, l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio; in caso di sinistro, il Contraente deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri (articolo 1910 del Codice Civile).

3) PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA

Il pagamento della prima annualità dovrà essere effettuato dal Contraente entro 60 giorni dalla decorrenza del contratto, fermo restando che il rischio sarà tenuto in copertura dalle ore 24 della data di effetto del contratto.

La deroga dei termini di pagamento di cui al primo comma del presente articolo si applica anche ad ogni appendice a titolo oneroso emessa a variazione del contratto.

Il pagamento dei premi relativi alle annualità successive dovrà essere effettuato entro 60 giorni dalla scadenza, intendendosi così elevato il periodo di mora di cui all'art. 1901 del codice civile.

La deroga dei termini di pagamento di cui al primo comma del presente articolo si applica anche ad ogni appendice a titolo oneroso emessa a variazione del contratto.

4) REGOLAZIONE PREMIO

Se il Premio è convenuto in base ad elementi di rischio variabili, esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza e regolato alla fine del periodo.

A tale scopo, entro 120 gg. dalla data di scadenza annuale dell'Assicurazione, l'Assicurato dovrà fornire per iscritto alla Società il dato consuntivo degli elementi variabili nel corso del periodo di osservazione.

Le differenze attive o passive a favore della Società o del Contraente, risultanti dalla regolazione premio, dovranno essere corrisposte dal Contraente o dalla Società entro 60

giorni dalla data di ricevimento dell'apposita appendice, che verrà spedita dalla Società al Contraente entro 30 giorni dalla ricezione dei dati.

Se il Contraente 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 di 60 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 fino alle ore 24.00 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione premio.

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.

5) MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Le eventuali modifiche dell'Assicurazione devono essere provate per iscritto.

6) AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società, di ogni constatato aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi dell'articolo 1898 C.C.

Tuttavia, l'omissione da parte dell'Assicurato di una circostanza eventualmente aggravante il rischio, non pregiudicano il diritto al risarcimento dei danni, sempre che tali omissioni o inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo, fermo restando il diritto della Società, una volta venuta a conoscenza di circostanze aggravanti che comportino un premio maggiore, di richiedere la relativa modifica delle condizioni in corso (aumento del premio con decorrenza dalla data in cui le circostanze aggravanti siano venute a conoscenza della Società o, in caso di sinistro, conguaglio del premio per l'intera annualità).

7) DIMINUZIONE DEL RISCHIO

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successivi alla comunicazione del Contraente o dell'Assicurato ai sensi dell'art. 1897 C.C. e rinuncia al relativo diritto di recesso. Si conviene, altresì, che la diminuzione del premio conseguente a casi previsti da detto articolo, sarà immediata e la Società corrisponderà la relativa quota di premio pagata e non goduta, escluse le imposte.

8) DURATA DEL CONTRATTO

Il presente contratto cesserà alla sua naturale scadenza senza obbligo di invio di disdetta, è tuttavia facoltà del Contraente inviare disdetta per ogni scadenza annuale della polizza tramite lettera raccomandata da inviare almeno 30 giorni della scadenza del singolo periodo assicurativo.

Il Contraente si riserva la facoltà di prorogare unilateralmente il contratto di 180 giorni, se ciò risultasse necessario per concludere la procedura di gara per l'aggiudicazione di un nuovo contratto o per ogni altro giustificato motivo con preavviso di 30 (trenta) giorni da darsi alla Società mediante lettera raccomandata; tale facoltà può essere attivata sia in occasione della scadenza definitiva del contratto sia nel caso di disdetta annuale anticipata.

Per tale periodo di proroga alla Compagnia spetterà una quota premio pro-rata del premio annuale.

9) ONERI FISCALI

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

10) FORO COMPETENTE

Il Foro competente per qualsiasi controversia che potrebbe sorgere in applicazione della presente polizza è quello ove ha sede il Contraente.

11) RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

12) CLAUSOLA BROKER

Il Contraente si affida per la gestione del presente contratto ad Ariostea Broker Srl - Via Zucchini 57/F – 44122 Ferrara.

Di conseguenza tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti per conto del Contraente da Ariostea Broker Srl.

Queste saranno tenute a riconoscere come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di ordinaria gestione compiuti dalla Compagnia Delegataria per conto comune.

Agli effetti tutti della presente polizza, ogni comunicazione fatta dal Broker nel nome e per conto dell'Assicurata alla Compagnia si intenderà come fatta dall'Assicurata. Parimenti ogni comunicazione fatta dall'Assicurata al Broker si intenderà come fatta alla Compagnia.

13) COASSICURAZIONE E DELEGA

Qualora risulti dalla polizza che l'Assicurazione è divisa per quote fra diverse Società Coassicuratrici, in caso di sinistro le Società stesse concorreranno nel pagamento dell'indennizzo, liquidato a termini delle Condizioni di Assicurazione in proporzione della quota da esse assicurata, esclusa ogni responsabilità solidale.

La sottoscritta Società Delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle Coassicuratrici indicate nell'atto suddetto (polizza o appendice) a firmarlo anche in loro nome e per loro conto. Pertanto la firma apposta dalla Società Delegataria lo rende ad ogni effetto valido anche per le quote delle Coassicuratrici.

Il dettaglio dei capitali assicurati, dei premi, accessori e imposte, spettanti a ciascuna Coassicuratrice, risulta dall'apposito prospetto inserito in polizza.

14) INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO

Si conviene fra le parti che in caso di dubbia interpretazione delle norme contrattuali verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole al Contraente/Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di assicurazione.

15) OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

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

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

16) DISDETTA IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni sinistro, regolarmente denunciato a termini di polizza e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o rifiuto dall'indennizzo, la Parti possono recedere dall'Assicurazione con preavviso di 180 giorni. In caso di recesso esercitato dalla Società, quest'ultima, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso.

17) PREVALENZA – VALIDITA' ESCLUSIVA DELLE NORME DATTILOSCRITTE

Si intendono operanti solo le norme dattiloscritte.

Le dichiarazioni dell'Assicurato a stampa di polizza si intendono nulle e prive di effetto.

La firma apposta dal 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.

18) STATISTICHE SINISTRI

La Società è tenuta a fornire al contraente indicato in polizza le statistiche sinistri riservati/liquidati (con indicazione analitica degli importi) e senza seguito con frequenza almeno annuale.

19) TRACCIABILITÀ DEI FLUSSI FINANZIARI EX LEGGE 136/2010 E S.M.E I.

La Società assume tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'art. 3 della legge n. 136 del 13 agosto 2010 e successive modifiche ed integrazioni al fine di assicurare la tracciabilità dei movimenti finanziari relativi all'appalto.

La Società si impegna a dare immediata comunicazione alla stazione appaltante ed alla prefettura-ufficio territoriale del Governo della provincia territorialmente competente, della notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria.

RISCHI ASSICURATI

PARTITA 1 RISCHIO DI MEMBRI DEL CONSIGLIO D'AMMINISTRAZIONE

La garanzia copre gli infortuni subiti da tutti i membri del Consiglio di Amministrazione, dai Sindaci e dai Revisori dei Conti del Contraente durante lo svolgimento di qualsiasi incarico per conto del Contraente compresi i rischi della circolazione stradale, per la partecipazione a riunioni, sopralluoghi e comunque nello svolgimento di ogni incarico inerente il mandato ricoperto.

La garanzia copre gli infortuni subiti da tutti i membri del Consiglio di Amministrazione, dai Sindaci e dai Revisori dei Conti del Contraente così come risultante dai documenti dell'Ente che si impegna a metterli a disposizione degli assicuratori in qualsiasi momento. Senza quindi la necessità da parte del Contraente di comunicare alcuna variazione nel corso dell'annualità assicurativa. Si intende inoltre compreso in garanzia il "rischio in itinere".

I capitali si intendono assicurati per singola persona infortunata.

ELEMENTI VARIABILI PER IL CALCOLO DEL PREMIO E DELLA REGOLAZIONE:
numero preventivo di n. 26 persone.

PARTITE ASSICURATE	CAPITALI ASSICURATI PER PERSONA
in caso di morte, €.	500.000,00
in caso di invalidita' permanente totale, €.	500.000,00
Rimborso spese mediche da infortunio, €.	10.000,00

Premio annuo finito per persona €.

Premio annuo finito complessivo €.

Partita soggetta a regolazione annuale del premio che verrà calcolata nella misura del 50% per ogni variazione annuale rispetto al numero di 26 persone preventivo.

PARTITA 2 RISCHIO DIRETTORE GENERALE E DIRIGENTI

La garanzia copre gli infortuni subiti dal Direttore Generale e dai Dirigenti (professionali ed extraprofessionali) compresa la conduzione di veicoli in genere quali a titolo indicativo e non limitativo: ciclomotori, motocicli, cicli ed autovetture.

Si conviene tra le parti:

1. per la definizione di infortunio professionale si fa riferimento alla legge infortuni sul lavoro di cui al DPR 30.06.1965 n. 1124 TU e successive modifiche;
2. le percentuali di invalidità permanente indicate nell'allegato 1 del decreto di cui al precedente punto 1) vengono riferite ai capitali assicurati in polizza per il caso di

invalidità permanente assoluta e l'indennizzo verrà in contanti anziché sotto forma di rendita;

3. quando, in conseguenza di infortunio, l'attitudine del dirigente assicurato venga ridotta in misura tale che non sia più obiettivamente possibile la prosecuzione dell'attività di dirigente in genere e quindi del rapporto di lavoro con il contraente, l'indennità per invalidità permanente verrà liquidata al 100% sul capitale assicurato in polizza per il caso di invalidità permanente;
4. l'assicurazione si intende estesa anche alle malattie professionali che si manifestassero nel corso di validità della polizza, intendendosi come tali quelle riconosciute per l'attività esercitata dal contraente dalla legge infortuni di cui al precedente punto 1) e che producano la morte o riducano l'attitudine generica al lavoro in misura superiore al 10%.

I capitali si intendono assicurati per singola persona infortunata:

PARTITE ASSICURATE	CAPITALI ASSICURATI PER PERSONA
in caso di morte, €	5 volte la retribuzione annua lorda con il massimo di €. 650.000,00
in caso di invalidita' permanente totale, €.	6 volte la retribuzione annua lorda Con il massimo di €. 800.000,00
Rimborso spese mediche da infortunio, €.	10.000,00

ELEMENTI VARIABILI PER IL CALCOLO DEL PREMIO E DELLA REGOLAZIONE:

Retribuzioni annue lorde corrisposte al Direttore Generale e ai Dirigenti €. 380.000,00

PARTITA 3 RISCHIO DEI DIPENDENTI IN QUALITA' DI CONDUCENTI DI VEICOLI A MOTORE E NATANTI IN OCCASIONE DI TRASFERTE O PER ADEMPIMENTI DI SERVIZIO FUORI DALL'UFFICIO:

La garanzia copre gli infortuni subiti da tutti i dipendenti del Contraente che per ragioni di servizio e/o lavoro si trovino a bordo di veicoli (motocicli, ciclomotori e cicli compresi), in qualità di conducenti, incluso il rischio "in itinere". La garanzia è operante sia che gli assicurati predetti siano alla guida di veicoli di proprietà del Contraente, sia degli assicurati stessi che di terzi.

I capitali si intendono assicurati per singola persona infortunata:

PARTITE ASSICURATE	CAPITALI ASSICURATI PER PERSONA
in caso di morte, €	100.000,00
in caso di invalidita' permanente totale, €.	150.000,00
Rimborso spese mediche da infortunio, €.	5.000,00

DEFINIZIONI

Assicurazione:	Il contratto di assicurazione
Polizza:	il documento che prova l'assicurazione
Contraente:	il soggetto che stipula l'assicurazione
Assicurato:	la persona fisica o giuridica il cui interesse è protetto dall'assicurazione
Beneficiario:	in caso di morte gli eredi legittimi o testamentari, in tutti gli altri casi l'Assicurato
Società:	L'impresa assicuratrice ed eventuali coassicuratrici
Broker:	Arioste Broker srl
Premio:	la somma dovuta dal contraente alla società
Rischio:	la probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne
Sinistro:	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione
Indennizzo:	la somma dovuta dalla società in caso di sinistro
Franchigia:	la parte del danno che in caso di sinistro rimane a carico dell'assicurato
Scoperto:	la percentuale del danno che in caso di sinistro rimane a carico dell'assicurato
Annualità assicurativo: o periodo	il periodo pari o inferiore a 12 mesi compreso tra la data di effetto e la data di scadenza o di cessazione dell'assicurazione
Infortunio:	ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano per conseguenza la morte e/o l'invalidità permanente e/o l'inabilità temporanea
Malattia:	alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio che produce necessità di cure
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
Inabilità Temporanea:	la perdita temporanea a seguito di infortunio in misura totale o parziale della capacità dell'assicurato di attendere alle attività professionali dichiarate
Istituto di cura:	ospedale pubblico, clinica, casa di curasia accreditati presso il Servizio sanitario Nazionale che privati, legalmente riconosciuti e regolarmente autorizzati al ricovero dei malati/infortunati
Ricovero:	la degenza in istituto di cura che comporti almeno un pernottamento

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La presente assicurazione e' operante per gli infortuni che l'assicurato subisca a causa ed in occasione della partecipazione all'attivita' del Contraente o dello svolgimento delle mansioni dichiarate dal Contraente. 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 una invalidita' permanente e/o una inabilita' temporanea.

2. RISCHI ESCLUSI:

Sono esclusi dalla assicurazione gli infortuni derivanti:

- a) dalla guida di veicoli a natanti a motore, se l'Assicurato e' privo della prescritta abilitazione;
- b) dall'uso, anche come passeggero di aeromobili (compresi deltaplani ed ultraleggeri), salvo quanto disposto dall'articolo 15;
- c) dalla pratica del paracadutismo, del parapendio e degli sport aerei in genere;
- d) da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- e) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- f) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- g) da guerre e insurrezioni;
- h) da movimenti tellurici, inondazioni o eruzioni vulcaniche;
- i) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.);
- l) sono inoltre esclusi gli infarti e le ernie di qualsiasi tipo.

3. RISCHIO VOLO

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

- da societa'/aziende 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 dalla Contraente o da altri in suo favore per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni, non potra' superare i seguenti importi:

per persona:

- € 1.000.000,00 per il caso morte;
- € 1.000.000,00 per il caso di invalidita' permanente totale;
- € 250,00 per il caso di inabilita' temporanea;

per aeromobile, nel caso di assicurazioni di piu' persone:

- € 5.000.000,00 per il caso morte;
- € 5.000.000,00 per il caso di invalidita' permanente
- € 5.000,00 per il caso di inabilita' temporanea

Nell'eventualita' che i capitali complessivamente assicurati eccedessero gli importi sopra indicati, le indennita' spettanti in caso di sinistro saranno adeguate con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti.

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 e' disceso.

La garanzia di cui al presente articolo non e' valida nel caso di polizza con durata inferiore a un anno.

4. SERVIZIO MILITARE

Durante il servizio militare di leva in tempo di pace o durante il servizio sostitutivo dello stesso l'assicurazione resta sospesa limitatamente alle garanzie di inabilita' temporanea e prosegue per le altre garanzie e per le rispettive indennita' previste in polizza.

Comunque, entro 15 giorni dalla prima scadenza di premio o rata di premio successiva all'inizio del servizio, il Contraente ha diritto di chiedere la sospensione dell'assicurazione fino al termine del servizio medesimo.

5. LIMITI DI ETA'

L'Assicurazione vale per le persone di eta' non superiore ai 80 anni.

Tuttavia, per le persone che raggiungono tale eta' in corso di contratto, l'assicurazione mantiene la sua validita' fino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa al compimento di detto termine, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti dopo il compimento dell'eta' suddetta, premi che in tal caso verranno restituiti al Contraente.

6. PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, o dalle seguenti infermita' mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici, di conseguenza l'assicurazione cessa al manifestarsi di tali affezioni.

7. ESTENSIONE TERRITORIALE

L'Assicurazione vale in tutto il mondo. L'Inabilita' temporanea, al di fuori dell'Europa o degli stati extraeuropei del Mediterraneo, e' indennizzabile limitatamente al periodo di ricovero ospedaliero: tale limitazione cessa dalle ore 24.00 del giorno di rientro in Europa o negli stati sopra menzionati.

8. CAMBIAMENTO DELL'ATTIVITA' PROFESSIONALE E ATTIVITA' PROFESSIONALI DIVERSE

Se nel corso del contratto si verifica un cambiamento delle attivita' professionali dichiarate, senza che il Contraente ne abbia dato comunicazione alla Compagnia, in caso di infortunio che avvenga nello svolgimento della diversa attivita':

- l'indennizzo sara' corrisposto integralmente se la diversa attivita' non aggrava il rischio;
- l'indennizzo sara' corrisposto nella ridotta proporzione esistente tra il premio pagato ed il premio che avrebbe dovuto pagare in base alla nuova attivita' esercitata.

9. DENUNCIA DELL'INFORTUNIO E OBBLIGHI RELATIVI

La denuncia dell'infortunio indicherà luogo, giorno, ora e causa dell'evento e sarà corredata da certificato medico. Il decorso delle lesioni dovrà essere documentato da ulteriori certificati medici. Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato, salvo che siano espressamente comprese nell'assicurazione.

L'Assicurato, o in caso di morte il beneficiario, deve consentire alla Compagnia le indagini e gli accertamenti necessari.

10. CRITERI DI INDENNIZZABILITA'

La Compagnia corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio. Se, al momento dell'infortunio, l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui all'articolo 26 sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

11. CASO MORTE

L'indennizzo per il caso di morte è dovuto se la morte stessa si verifica anche 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 morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente.

Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, ma entro due 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 l'invalidità permanente.

12. CASO INVALIDITA' PERMANENTE

L'indennizzo per il caso di invalidità permanente è dovuto se l'invalidità stessa si verifica anche successivamente alla scadenza della polizza entro due anni dal giorno dell'infortunio. L'indennizzo per invalidità permanente parziale è calcolato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, in proporzione al grado d'invalidità accertata secondo i criteri e le percentuali indicate nella tabella di cui all'allegato n. 1 del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 e successive modifiche intervenute fino alla data di stipulazione del contratto, con rinuncia da parte della Compagnia all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge. Nei confronti delle persone affette da mancinismo, le percentuali di invalidità previste per l'arto superiore destro e la mano destra, varranno per l'arto superiore sinistro e la mano sinistra e viceversa. Se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita totale, le percentuali indicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta. Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella di cui sopra, l'indennizzo è stabilito in riferimento alle percentuali dei casi indicati, tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

La perdita totale, anatomica o funzionale di più organi o arti, comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per

ciascuna lesione, con il massimo del 100%. Nei casi di invalidità permanente di grado pari o superiore al 65% sarà liquidata l'indennità pari all'intero capitale assicurato.

13. CASO INABILITA' TEMPORANEA

L'indennizzo per inabilità temporanea e' dovuto:

- a) integralmente, per ogni giorno in cui l'Assicurato si e' trovato nella totale incapacita' fisica di attendere le sue occupazioni;
- b) al 50%, per ogni giorno in cui l'Assicurato non ha potuto attendere anche in parte alle sue occupazioni.

L'indennizzo per inabilità temporanea viene corrisposto per un periodo massimo di 365 giorni. L'indennizzo per inabilità temporanea e' cumulabile con quelli dovuti per morte, invalidità permanente e diaria da ricovero.

14. FRANCHIGIE PER INVALIDITA' PERMANENTE

La somma assicurata per Invalidita' Permanente fino ad €. 1.000.000,00 non e' soggetta a nessuna franchigia.

15. MODALITA' DI VALUTAZIONE DEL DANNO - CONTROVERSIE

Le divergenze sul grado di invalidita' permanente o sul grado o durata dell'inabilità temporanea o sulla liquidabilità della diaria, nonche' sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dell'art. 22 sono demandate per iscritto ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei Medici. Il Collegio Medico risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, piu' vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da esso designato, contribuendo per la meta' delle spese e competenza per il terzo medico. E' data facolta' al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunita', l'accertamento definitivo dell'invalidita' permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio puo' intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo. Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti con dispensa da ogni formalita' di legge, e sono vincolati per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

16. ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI

Poiche' la presente assicurazione e' 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, cosi' come disposto dall'articolo n. 1891 del Codice Civile.

17. DIRITTO DI SURROGAZIONE

La Compagnia rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'articolo n. 1916 del Codice Civile verso i Terzi responsabili dell'infortunio.

CONDIZIONI PARTICOLARI

CP 1) PRECISAZIONI

Si precisa che sono considerati infortuni anche:

- l'asfissia causata da fuga di gas o di vapore;
- soffocamento da ingestione di solidi;
- gli avvelenamenti o intossicazioni acuti da ingestione di cibo o altre sostanze;
- intossicazioni anche aventi origine traumatica;
- le affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi, escluse per queste ultime quelle di cui gli insetti siano portatori necessari, le punture vegetali, nonché le infezioni (quelle tetaniche) conseguenti ad eventi risarcibili a termini di polizza;
- le ustioni animali e/o vegetali in genere, in contatto con corrosivi;
- l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento;
- la folgorazione e scariche elettriche in genere;
- colpi di sole e di calore;
- le lesioni determinate da sforzi, esclusi gli infarti e le ernie;
- le conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche di altre cure rese necessarie da infortunio.

L'assicurazione vale anche per:

- gli infortuni sofferti in stato di malore o incoscienza o conseguenti a vertigini;
- gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- gli infortuni derivanti da influenze termiche ed atmosferiche;
- gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza, purché non alla guida di autoveicoli;
- gli infortuni derivanti da aggressioni, attentati, atti di terrorismo e vandalismo, tumulti e insurrezioni popolari, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva e volontaria;
- gli infortuni subiti in occasione di dirottamento e pirateria aerea;
- gli infortuni conseguenti a colpi di sonno.

CP 2) INDIVIDUAZIONE DELLE PERSONE ASSICURATE

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di presentare preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate.

Per l'identificazione delle persone assicurate si fa riferimento alla documentazione dei competenti uffici che il Consorzio di Bonifica Pianura di Ferrara si impegna a far pervenire alla Compagnia in caso di richiesta.

CP 3) EVENTI SOCIOPOLITICI

L'assicurazione vale anche per gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismo, attentati, atti violenti che abbiano movente politico, economico, sociale e sindacale, purché l'Assicurato non provi di aver preso parte attiva.

CP 4) CALAMITA' NATURALI

Sono compresi gli infortuni derivanti da calamità naturali e dalle forze della natura quali terremoto, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni, straripamenti, mareggiate, frane, grandine e neve.

CP 5) RISCHIO GUERRA

L'assicurazione vale anche per gli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) o insurrezioni 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 in un paese sino ad allora in pace.

CP 6) ERNIE TRAUMATICHE DA SFORZO - ERNIE ADDOMINALI

A parziale deroga delle Condizioni Generali di Assicurazione, l'assicurazione è estesa, limitatamente ai casi di Invalidità Permanente e di Invalidità Temporanea, quest'ultima sempre che sia prevista dal contratto, alle ernie addominali da sforzo o traumatiche con l'intesa che:

- qualora risulti operabile, viene corrisposta solamente l'indennità per il caso di Inabilità Temporanea e fino ad un massimo di trenta giorni;
- qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, viene corrisposta solamente un'indennità non maggiore del 10% della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente Totale;
- qualora insorga contestazione circa la natura e l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio medico di cui alle Condizioni Generali di Assicurazione.

CP 7) MORTE PRESUNTA

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile il corpo dell'assicurato scompaia e non venga ritrovato e si presume sia avvenuto il decesso, la Compagnia liquiderà ai beneficiari designati in polizza il capitale previsto per il caso di morte.

La liquidazione, sempreché non siano nel frattempo emersi elementi tali da rendere il danno non indennizzabile, non avverrà prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione e accoglimento dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta proposta ai termini degli articoli n. 60 e n. 62 del Codice Civile.

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

CP 8) 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 della presente polizza 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 all'azione di Responsabilità Civile, o rimangano in essa soccombenti, l'indennità accantonata viene pagata agli stessi sotto deduzione, a favore del Contraente, delle spese di causa sostenute da quest'ultimo.

CP 9) RISCHIO IN ITINERE

La garanzia comprende gli infortuni sofferti dagli Assicurati durante il tempo necessario a percorrere l'itinerario per via ordinaria dalla propria abitazione al luogo di lavoro e viceversa.

CP 10) RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO

Gli assicuratori rimborsano agli assicurati, per i quali la garanzia è prevista in polizza, in caso di infortunio risarcibile a termini di polizza, il costo delle spese mediche sostenute per visite mediche sostenute in Istituti legalmente riconosciuti, fino alla concorrenza per ogni evento, dell'importo assicurato indicato in polizza.

Per cure mediche si intendono:

- Spese ospedaliere o cliniche;
- Onorari a medici ed a chirurghi compresi gli onorari per medici legali, medici di parte e/o componenti del Collegio medico così come Art. 27 delle Norme che regolano l'assicurazione infortuni ;
- Accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio;
- Spese per il trasporto su ambulanze e/o mezzi speciali di soccorso all'Istituto di cura o all'ambulatorio;
- Spese fisioterapeutiche in genere e spese farmaceutiche;
- Spese per la prima protesi;
- Spese sostenute per tickets;
- Spese odontoiatriche;
- Spese per lenti ed occhiali.

Rimangono espressamente escluse le spese sostenute per operazioni di plastica, salvo quelle rese necessarie per eliminare o contenere il grado di invalidità permanente.

Tale garanzia viene prestata con una franchigia di €. 150,00 per singolo evento.

CP 11) LIMITI DI RISARCIMENTO

Nel caso l'infortunio che colpisse contemporaneamente più persone assicurate, in conseguenza di un unico evento, si conviene che il limite massimo di risarcimento ammonta a €. 5.000.000,00=.

Limitatamente alla garanzia Rimborso spese Mediche da Infortunio la Compagnia risponderà entro un limite massimo di €. 100.000,00 per anno assicurativo.

CP 12) DEROGA DENUNCIA ALTRE ASSICURAZIONI

In deroga a quanto disposto dalle Condizioni Generali di Assicurazione, il Contraente e' esonerato dall'obbligo di denunciare le altre eventuali assicurazioni che i singoli Assicurati avessero in corso o stipulassero in proprio con altre Compagnie.