

AMSC SpA
Via Aleardi n. 70 – 21013 Gallarate (VA)
P.I./C.F. - 02279540120

Capitolato di Polizza di Assicurazione
Infortunati professionali

GBS SpA
General Broker Service
Uffici di Milano
Via Giovanni Boccaccio 19 – 20123
Milano
Tel. 02 45477450 – Fax 02 45477473
Mail: milano@gbsspa.it

PCA SpA
Broker di assicurazione e riassicurazione
S.S. 211 della Lomellina – Loc. S. Guglielmo
15057 Tortona (AL)
Tel. 0131 872546 – Fax 0131 872507
Mail: giovanni_roncaglia@pcabroker.it

Definizioni

ASSICURATO	Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.
ASSICURAZIONE	Il contratto di assicurazione.
ATTIVITA'	La garanzia assicurativa si intende prestata nei confronti dei Consiglieri e del Presidente esclusivamente durante la partecipazione al consiglio di amministrazione della Contraente, sono altresì compresi i trasferimenti e le missioni per conto della stessa. Limitatamente ai Dirigenti e al Signor Fornara Ermanno Piercarlo la garanzia operante nell'esercizio delle attività professionali principali e secondarie e nello svolgimento di ogni altra attività che non abbia carattere professionale.
BROKER	La G.B.S. S.p.A. General Broker Service in cobrokeraggio con la PCA SpA (in seguito dette più semplicemente Broker).
CONTRAENTE	La persona giuridica che stipula l'assicurazione.
FRANCHIGIA	L'importo prestabilito di danno indennizzabile che rimane a carico dell'Assicurato.
INDENNIZZO/ RISARCIMENTO	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
POLIZZA	Il documento contrattuale che prova l'assicurazione.
PREMIO	La somma dovuta alla Società.
RISCHIO	La probabilità del verificarsi del sinistro.
SCOPERTO	La percentuale prestabilita di danno indennizzabile che resta a carico dell'Assicurato.
SINISTRO	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
SOCIETA'	L'Impresa assicuratrice.
INFORTUNIO	Evento dovuto a causa violenta, fortuita ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.
INVALIDITA' PERMANENTE	Diminuzione o perdita definitiva ed irrimediabile della generica capacità dell'Assicurato a svolgere un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione esercitata.

Art. 1 - Norme che regolano l'assicurazione in generale

Art. 1.1 - Prova del contratto

Il contratto di assicurazione e le sue eventuali modifiche devono essere provate per iscritto. Sul contratto, o su qualsiasi altro documento che concede la copertura, deve essere indicato l'indirizzo della sede sociale e, se del caso, della succursale della Società che concede la copertura assicurativa.

Art. 1.2 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

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

Art. 1.3 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

A parziale deroga dell'art. 1901 Codice Civile, il Contraente è tenuto al pagamento della prima rata di premio entro 60 giorni dalla data della decorrenza della polizza,.

In mancanza di pagamento, la garanzia rimane sospesa dalla fine di tale periodo e riprende vigore alle ore 24:00 del giorno in cui viene pagato il premio.

Se il Contraente non paga il premio per le rate successive, compresa l'eventuale proroga di cui all'art. 1.8 (Durata del contratto), la garanzia resta sospesa dalle ore 24 del 60° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore alle ore 24:00 del giorno in cui viene pagato quanto dovuto, ferme restando le scadenze contrattualmente stabilite.

Art. 1.4 - Aggravamento del rischio

Il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento di rischio a lui noto.

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 Codice Civile.

Art. 1.5 - 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 ai sensi dell'art. 1897 Codice Civile e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 1.6 - Buona fede

L'omissione da parte del Contraente di una circostanza eventualmente aggravante il rischio, così come le inesatte e/o incomplete dichiarazioni del Contraente 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 siano avvenute in buona fede (quindi esclusi i casi di dolo o colpa grave). Rimane fermo 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 in corso).

Art. 1.7 - Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società può recedere dall'assicurazione con preavviso di 120 giorni. In tale caso, la Società, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio netto relativa al periodo di rischio non corso.

Art. 1.8 - Durata del contratto

Il contratto di assicurazione ha la durata indicata nell'allegato "Prospetto d'offerta".

Se non verrà disdettato dalle parti con almeno 60 giorni di anticipo rispetto alla scadenza annuale, lo stesso si riterrà tacitamente rinnovato.

Tuttavia alla scadenza, su richiesta del Contraente, potrà essere concessa proroga fino a sei mesi, al fine di espletare le procedure di gara per il nuovo affidamento. In tale ipotesi, il premio relativo al periodo di proroga verrà conteggiato sulla base di 1/360 del premio annuale della polizza appena scaduta per ogni giorno di copertura.

Art. 1.9 - Oneri fiscali

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

Art. 1.10 - Foro competente

Foro competente è esclusivamente quello del luogo ove ha sede il Contraente.

Art. 1.11 - Rinvio alle norme di legge

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

Art. 1.12 - Coassicurazione e delega

Qualora la medesima assicurazione o l'assicurazione di rischi relativi alle stesse cose sia ripartita tra più Assicuratori per quote determinate, ciascun Assicuratore è tenuto al pagamento dell'indennità assicurata soltanto in proporzione della rispettiva quota, anche se unico è il contratto sottoscritto da tutti gli Assicuratori (art. 1911 Codice Civile).

Tutte le comunicazioni relative al presente contratto si intendono fatte o ricevute dalla Società Delegataria, all'uopo designata dalle Società Coassicuratrici, in nome e per conto di tutte le Società Coassicuratrici stesse. La firma apposta dalla Società Delegataria rende l'atto valido ad ogni effetto, anche per la parte delle medesime.

La Delegataria è anche incaricata dalle coassicuratrici dell'esazione dei premi o di importi comunque dovuti dal Contraente in dipendenza del contratto, contro rilascio delle relative quietanze. Scaduto il premio, la delegataria potrà sostituire le quietanze eventualmente mancanti delle altre coassicuratrici, con altre proprie rilasciate in loro nome e per loro conto.

Art. 1.13 - Assicurazioni presso diversi assicuratori

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare alla Società eventuali altre polizze da lui stipulate per i medesimi rischi.

Art. 1.14 - Clausola broker

Ad ogni effetto di legge, le Parti contraenti riconoscono al Broker il ruolo di cui al D. Lgs. n. 209/2005, relativamente alla conclusione ed alla gestione della presente assicurazione e per tutto il tempo della durata, incluse proroghe, rinnovi, riforme o sostituzioni.

In conseguenza di quanto sopra si conviene espressamente:

- che il Broker, nell'ambito della normativa richiamata, sia responsabile della rispondenza formale e giuridica dei documenti contrattuali nonché della legittimità della sottoscrizione degli stessi da parte della Società;
- di riconoscere che tutte le comunicazioni che, per legge o per contratto, il Contraente/Assicurato è tenuto a fare alla Società, si intendono valide ed efficaci anche se notificate al Broker;
- che il pagamento dei premi dovuti alla Società, per qualsiasi motivo relativo alla presente assicurazione, venga effettuato dal Contraente al Broker. Il pagamento così effettuato ha effetto liberato ai sensi dell'art. 1901 C.C. La Società delegataria o ogni eventuale Società coassicuratrice, delegano quindi esplicitamente il broker, all'incasso del premio, in ottemperanza al comma 2 dell'art. 118 Dlgs 209/2005 e con gli effetti per la Contraente previsti al primo comma del medesimo articolo;

- che le somme incassate dal broker vengano da questi rimesse agli assicuratori secondo gli accordi vigenti o, in mancanza, entro il giorno dieci del mese successivo a quello di incasso. All'uopo il broker trasmetterà alla/e Società distinta contabile riepilogativa della disposizione effettuata. Il presente comma è efficace qualora broker e Società non abbiano convenuto diversa regolamentazione dei rapporti;
- che le variazioni alla presente assicurazione richieste dalla Contraente al broker, in forma scritta, siano immediatamente efficaci quando accettate dalla Società. Qualora le stesse comportino il versamento di un premio aggiuntivo, i termini di effetto sono subordinati alla disciplina dell'art. 1.3 "pagamento del premio";
- che l'opera del broker, unico intermediario nei rapporti con le Compagnie di Assicurazione, verrà remunerata dalla Compagnie con le quali verranno stipulati, modificati e/o prorogati i contratti, secondo quanto disciplinato dagli accordi tra le stesse e il broker incaricato, o in mancanza, secondo la medie delle commissioni riconosciute al broker per analoghi contratti, da almeno 5 imprese con le quali lo stesso ha già stipulato accordi. La remunerazione del broker non dovrà in ogni caso rappresentare un costo aggiuntivo per il Contraente, e andrà dalla Società assorbita nella componente di costo altrimenti identificata nel premio, per gli oneri di distribuzione e produzione;
- che la gestione dei sinistri, fino a che non diventino vertenze legali, venga curata per conto del Contraente/Assicurato, dal broker;
- che il broker ha ottemperato agli obblighi assicurativi di Legge di cui all'Art. 112, comma 3 del Dlgs 209/2005 e si impegna a produrre copia della vigente polizza a semplice richiesta scritta della/e Società in qualunque momento del rapporto;
- il presente articolo sarà privo di efficacia dal momento in cui dovesse venire a mancare l'obbligatoria iscrizione del broker al RUI, istituito presso l'ISVAP con procedimento n. 5 del 16/10/2006.

Art. 1.15 - Obbligo di fornire i dati dell'andamento del rischio

Con periodicità annuale, entro 60 gg. dalla data di scadenza della rata annuale di premio, la Società si impegna a fornire al Contraente, i dati afferenti l'andamento del rischio, detto termine viene elevato a 120 giorni per la scadenza definitiva del contratto

La statistica sinistri dovrà essere così suddivisa:

- Sinistri denunciati
- Sinistri liquidati (con indicazione di ogni singolo importo liquidato)
- Sinistri riservati (con indicazione di ogni singolo importo riservato).
- Totale sinistri senza seguito.

Art. 1.16 - Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società

Tutte le comunicazioni, alle quali il Contraente è tenuto, devono essere fatte con lettera raccomandata e/o fax e/o telex e/o telegramma indirizzati al Broker.

Analoga procedura adotta la Società nei confronti del Contraente.

Art. 1.17 - Elementi per il calcolo del premio

Il premio viene anticipato in base all'applicazione dei tassi, che rimangono fissi per tutta la durata del contratto, da applicarsi sui parametri, espressamente indicati nell'Allegato (Prospetto di offerta); il calcolo del premio di regolazione, se dovuto, verrà effettuato utilizzando i tassi indicati nell'Allegato (Prospetto di offerta).

A questo scopo la Contraente tiene traccia dei nominativi assicurati.

Art. 1.18 - Regolazione e conguaglio del premio

Se il premio viene anticipato, in via provvisoria, per l'importo risultante dal conteggio esposto nell'Allegato (Prospetto di offerta) alla presente polizza, lo stesso sarà regolato alla fine del periodo assicurativo annuo, secondo le variazioni intervenute, durante lo stesso periodo, negli elementi presi come base per il calcolo del premio.

A tale scopo, entro 90 giorni dalla fine dell'anno assicurativo, il Contraente deve fornire, per iscritto, i dati necessari per la regolazione del premio alla Società (per il tramite del Broker), che provvederà ad emettere ed a recapitare al Broker la relativa appendice contrattuale. Detto dato corrisponde al numero di effettivi assicurati esistenti alla data di scadenza dell'annualità assicurativa.

Le differenze, attive o passive risultanti dalla regolazione, devono essere pagate entro 90 giorni dalla data di ricezione del relativo documento.

Se nel termine di scadenza di cui sopra il Contraente non fa luogo alle anzidette comunicazioni circa la regolazione del premio, oppure non paga la differenza attiva del premio dovuto nei termini indicati, la Società fisserà un ulteriore termine di 60 giorni dandone comunicazione al medesimo a mezzo lettera raccomandata. Trascorso detto termine, la garanzia resterà sospesa, fermo l'obbligo del Contraente di provvedere al pagamento del premio di regolazione dovuto.

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

Art. 1.19 - Efficacia temporale della garanzia

Le garanzie prestate avranno efficacia per i fatti accaduti durante la vigenza del presente contratto.

Data / /

La Società

Il Contraente

Art. 2 - Norme che regolano l'assicurazione Infortuni

Le condizioni che seguono prevalgono in caso di discordanza sulle norme che regolano l'assicurazione in generale.

L'eventuale discordanza tra le norme che regolano l'assicurazione in generale, le norme che regolano l'assicurazione in particolare, le norme del Codice Civile sui contratti di assicurazione, verrà risolta sempre nella maniera più favorevole al Contraente e/o agli Assicurati.

Art. 2.1 - Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione vale, purché il Contraente ne abbia interesse, per gli infortuni che gli assicurati, di cui all'allegato prospetto d'offerta, subiscano durante l'espletamento di qualsiasi incarico o mansione svolto per conto dell'Ente, inclusi, a titolo esemplificativo e non limitativo, i rischi legati alla partecipazione a riunioni, sopralluoghi ad impianti, ivi compresi il rischio in itinere ed i trasferimenti in genere (Prospetto di offerta).

Art. 2.2 - Rischi inclusi nell'assicurazione

Ai sensi della presente polizza sono considerati parificati ad infortunio anche i seguenti eventi:

- annegamento;
- folgorazione;
- effetti delle influenze termiche ed atmosferiche;
- assideramento e/o congelamento;
- asfissia per involontaria aspirazione di gas o vapori, soffocamento da ingestione di solidi e liquidi e comunque di qualunque corpo estraneo;
- avvelenamenti acuti da ingestione di cibo o altra sostanza;
- intossicazione anche non avente origine traumatica;
- lesioni da contatto con sostanze corrosive;
- colpi di sole o di calore;
- lesioni muscolari (esclusi gli infarti);
- ernie traumatiche e da sforzo, incluse anche le ernie discali;
- conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche o di altre cure rese necessarie da infortunio;
- danni estetici conseguenti ad infortunio.

Sono inoltre compresi i seguenti eventi:

- infortuni sofferti in stato di malore o incoscienza;
- infortuni derivanti da imperizia, imprudenza, negligenza o colpa grave;
- infortuni subiti in occasione di inondazioni, alluvioni, straripamenti, caduta del fulmine, eruzioni vulcaniche ed altri eventi naturali;
- infortuni subiti in occasione di tumulti popolari, atti di terrorismo, scioperi sommosse, sabotaggio, attentati, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva.

Art. 2.3 - Delimitazione dell'assicurazione - Esclusioni

Sono esclusi dalla presente assicurazione gli infortuni derivanti:

- dall'uso e guida di mezzi di locomozione aerei e subacquei;
- dalla pratica di paracadutismo e sport aerei in genere;
- dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove) a livello professionistico, salvo che si tratti di gare automobilistiche di regolarità pura o di gare podistiche, di bocce, ginnastica, pattinaggio, golf, pesca senza uso di autorespiratore, squash, scherma, tennis, regate veliche escluse quelle di altura, gare e/o partite aziendali e/o aventi carattere ricreativo o di attività ciclo amatoriali;
- derivanti da guerra e/o insurrezioni;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche;
- da abuso di psicofarmaci e/o dall'uso non terapeutico di sostanze stupefacenti e/o di allucinogeni;
- da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- da stato di intossicazione acuta alcolica alla guida di qualsiasi veicolo e/o natante;
- da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio.

Art. 2.4 - Categorie e somme assicurate

Le categorie e le somme assicurate sono quelle indicate nell'Allegato (Prospetto di offerta).

Art. 2.5 - Assicurabilità

Le garanzie assicurative non valgono per le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, epilessia o dalle seguenti infermità mentali: schizofrenia, sindromi organiche-cerebrali, forme maniaco depressive, stati paranoici; l'assicurazione altresì cessa con il manifestarsi di una delle predette condizioni.

Le garanzie assicurative, inoltre, non valgono per le persone di età maggiore di 80 anni.

Art. 2.6 - Limiti territoriali

La presente assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 2.7 - Morte

La somma assicurata per il caso Morte viene liquidata dalla Società ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi in parti uguali, purché la morte dell'Assicurato risulti conseguenti ad un infortunio risarcibile a termini di polizza e questa si verifichi entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio stesso è avvenuto.

Art. 2.8 - Invalidità Permanente

Se l'infortunio ha per conseguenza una Invalidità Permanente e questa si verifica entro due anni dal giorno nel quale è avvenuto, la Società liquida per tale titolo una indennità calcolata sulla somma assicurata per invalidità assoluta, secondo la tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali (con esclusione comunque di ogni e qualsiasi invalidità conseguente a malattia professionale) approvata con D.P.R. del 30.06.1965 n. 1124, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista.

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

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

Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti, le percentuali previste nella predetta tabella sono addizionate fino al massimo del 100% della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente Totale.

Nei casi di invalidità permanente di grado pari o superiore al 60% sarà liquidata l'indennità pari all'intero capitale assicurato.

Art. 2.9 – Rimborso Spese Mediche a seguito di infortunio

Per ogni infortunio la Società assicura il rimborso delle spese per:

- onorari dei chirurghi e dell'equipe operatoria;
- uso della sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi terapeutici ed endoprotesici applicati durante l'intervento

- rette di degenza;

- trasporto dell'assicurato in ospedale o in clinica ed il ritorno, effettuato con autoambulanza. Qualora l'assicurato venga ritenuto non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera del luogo ove è avvenuto l'infortunio, la società rimborsa altresì le spese di trasferimento con aereo in un centro ospedaliero attrezzato alla cura dell'assicurato;

- esami ed accertamenti diagnostici;

- trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- prestazioni medico-infermieristiche, medicinali, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari incluse le carrozzelle ortopediche.

Sono altresì comprese le spese per cure e applicazioni effettuate allo scopo di ridurre o eliminare le conseguenze di danni estetici provocati da infortunio.

La Società effettua rimborso previa presentazione dei documenti giustificativi di spesa in originale. Il pagamento viene effettuato a cura ultimata.

La presente garanzia vale fino a concorrenza delle somme indicate nel prospetto riepilogativo.

Art. 2.10 - Cumulo di indennità

Se dopo il pagamento di una indennità per Invalidità Permanente, ma entro un anno dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari designati o, in difetto, agli eredi, la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso Morte, ove questa sia superiore, e non chiede rimborso nel caso contrario.

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

Norme che regolano l'assicurazione Infortuni sui multipli delle retribuzioni

Art. 3) PRESTAZIONE ASSICURATA

Relativamente ai punti 3.1 e 3.2 agli effetti della quantificazione economica del danno subito dall'Assicurato, le Parti convengono che per la retribuzione annua s'intende il totale degli emolumenti di cui all'art. 6 CGA..

Per gli assicurati che assenti dal lavoro o lavoranti ad orario ridotto o a part-time, per i quali vi è assenza in tutto od in parte del Contraente, e ricorre invece un trattamento previdenziale o

assicurativo a termine di Legge, l'assicurazione prosegue sulla base della retribuzione virtuale, per tale intendendosi quella che il lavoratore avrebbe percepito se non vi fossero state l'assenza del lavoro o la riduzione di orario predetto

L'assicurazione prosegue secondo le modalità di cui sopra, per un periodo non superiore a 6 mesi, anche nei casi di aspettativa non retribuita previsti da disposizioni di Legge, contrattuali o da altri accordi aziendali per riconosciute necessità personali o familiari, con l'esclusione dei casi di aspettativa concessa per:

- a) cariche e funzioni pubbliche elettive;
- b) cariche sindacali;
- c) servizio militare obbligatorio.

3.1 Morte

in caso di decesso derivante da infortuni professionale o extra-professionale di un assicurato e durante il corso di

validità della presente assicurazione, sempre che tale decesso si verifichi entro 2 anni della data dell'infortunio, a condizione che su parere del collegio Medico previsto l'art. 6.13 delle C.G.A. il decesso medesimo corrisponde ai beneficiari il capitale assicurato sia riconducibile all'infortunio, la Società in un'unica soluzione.

Per ogni assicurato detto capitale, per ciascuno degli eventi di cui sopra è pari a 5 volte la retribuzione annua, appresso definita, in vigore nel mese in cui si verifica il limite massimo per persona di :

€ 1.030.000,00 per il personale appartenente alla categoria dirigenti

a) in caso di infortunio subito a seguito di atti aventi movente criminoso, terroristico, socio politico, vandalico di violenza e/o minaccia alla persona o alle cose, purchè non vi sia stata partecipazione attiva degli assicurati, resta convenuto che in caso di infortunio subito a seguito di quanto sopra il capitale assicurato si intenderà aumentato

del 100% restando convenuto che l'esborso aggiuntivo comunque non potrà superare l'importo di euro per persona e di euro per evento;

b) In caso di infortunio che dia luogo al decesso dell'assicurato, laddove risultino a carico dello stesso e/o del coniuge anche se legalmente separato, figli minori, o maggiorenni se portatori di handicap e fiscalmente a carico, la società corrisponderà un capitale aggiuntivo di €La presente estensione non si cumula con quanto riportato al precedente punto a) e all'art. "Commorienza coniugi".

3.2 Invalidità permanente:

In caso di invalidità permanente derivante da infortunio professionale o extra-professionale di un assicurato durante il corso di validità della presente assicurazione, la Società liquida all'assicurato stesso l'indennità calcolata applicando al capitale assicurato la percentuale determinata come da prospetto di offerta
Per ogni assicurato detto capitale è pari a 6 volte la retribuzione annua appresso definita in vigore:

1) nel mese in cui è proposta da parte della Società la quantificazione del grado di invalidità permanente definito a norma delle condizioni di assicurazione, a condizione che sia stata presentata dall'assicurato la completa documentazione sanitaria e comunque non oltre gli otto mesi dal giorno in cui si è verificato l'evento. Se detta invalidità non dà luogo a cessazione del rapporto di lavoro.

2) nel mese in cui ha effetto la cessazione del rapporto di lavoro, e comunque non oltre gli otto mesi dal giorno in cui si è verificato l'evento e l'invalidità permanente dà luogo alla cessazione di tale rapporto, ed anche nel caso in cui sia comunque intervenuta una causa di risoluzione del rapporto di lavoro prima che sia stata effettuata dalla Società la proposta di quantificazione di cui al precedente punto 1).

Ma con il limite massimo per persona di:

euro 1.250.000,00 per il personale appartenente alla categoria Dirigenti

3) In caso di infortunio subito a seguito di atti aventi movente criminoso, terroristico, socio-politico o, vandalico di violenza e/o minaccia alla persona o alle cose, purchè non vi sia stata partecipazione attiva degli assicurati, resta convenuto che in caso di infortunio subito a seguito di quanto sopra il capitale assicurato si intenderà aumentato a € 3.000.000,00 comunque non potrà superare l'importo di euro 3.000.000,00 per persona e per evento.

4) In caso di infortunio che dia luogo a invalidità permanente da infortunio, rientrante nelle prestazioni di polizza e comunque di grado non inferiore al 50% dell'invalidità totale, e che colpisca l'assicurato, laddove risultino a carico dello stesso e/o del coniuge anche se legalmente separato, figli minori, o maggiorenni se portatori di handicap e fiscalmente a carico, la Società corrisponderà un capitale aggiuntivo di euro 500.000,00 La presente estensione non si cumula con quanto riportato al precedente punto a) e all'art."Commorienza coniugi".

L'assicurazione prosegue secondo le modalità di cui sopra, per un periodo non superiore a 6 mesi, anche nel caso di aspettativa non retribuita previsti da disposizioni di legge, contrattuali o da altri accordi aziendali, per riconosciute necessità personali o familiari, con esclusione dei casi di aspettativa concessa per:

a) cariche e funzioni pubbliche elettive

b) cariche sindacali

c) servizio militare obbligatorio

Relativamente ai punti 3.1 e 3.2 agli effetti della quantificazione economica del danno subito dall'Assicurato, le Parti convengono che per retribuzione annua s'intende il totale degli emolumenti lordi di cui al punto 7 delle condizioni appresso.

Per gli Assicurati che assenti dal lavoro o lavoranti ad orario ridotto o a part-time, per quali vi sia assenza in tutto od in parte di retribuzione da parte del Contraente, e ricorre invece un trattamento previdenziale o assicurativo a termine di Legge, l'assicurazione prosegue sulla base della retribuzione virtuale, per tale intendendosi quelli che il lavoratore avrebbe percepito se non vi fossero state l'assenza del lavoro o la riduzione di orario predetto.

L'assicurazione prosegue secondo le modalità di cui sopra, per un periodo non superiore a 6 mesi, anche nei casi di aspettativa non retribuita previsti da disposizioni di Legge, contrattuali o da altri accordi aziendali per riconosciute necessità personali o familiari, con l'esclusione dei casi di aspettativa concessa per:

a) cariche e funzioni pubbliche elettive;

b) cariche sindacali;

c) servizio militare obbligatorio.

3.3 Rimborso spese mediche rese necessarie esclusivamente in seguito ad infortunio rientrante nella prestazione lino ad un massimale di €2.582,28 per persona, per evento e per anno assicurativo, sostenute per:

- a) Accertamenti diagnostici (compresi I relativi onorari medici)
- b) Onorari dei medici nonché in caso di intervento chirurgico, dei chirurghi, degli aiuti, degli assistenti, degli anestesisti e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, per I diritti di sala operatoria e per il materiale d'intervento.
- c) Cure, medicinali, trattamenti fisioterapici, rieducativi, per re cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera),
- d) Rette di degenza

- e) Trasporto dell'assicurato in autoambulanza all'istituto di Cura o all'ambulatorio, con il limite di €.....

- f) Spese da infortunio rientranti nella prestazione anche in caso di evento che non comporti postumi Invalidanti,

- g) Cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre od eliminare le conseguenze di danni estetici provocati da infortunio,

- h) Qualora l'assicurato venga ritenuto non curabile dall'organizzazione ospedaliera del luogo ove è avvenuto l'infortunio, la Società rimborserà altresì le spese di trasferimento con aereo in un centro ospedaliero attrezzato alla cura dell'assicurato. Tuttavia nel caso in cui l'infortunio avvenga in Italia, viene inserita la seguente limitazione "le spese di trasferimento con aereo verranno rimborsate unicamente nel caso in cui la struttura ospedaliera del luogo ove è avvenuto l'infortunio, ritenga che non sussiste idonea altra struttura ospedaliera per la cura".

La Società ha il diritto di eseguire controlli su quanto dichiarate dall'Assicurato, come anche di farlo visitare da Medici di Sua fiducia.

La Società effettua il rimborso delle suddette spese su presentazione delle relative notule, distinte e ricevute in originale, debitamente quietanzate.

Il rimborso viene effettuato a cura ultimata o, in ogni caso, al raggiungimento del massimali assicurati

La denuncia dell'infortunio, anche agli effetti dell'assicurazione di cui alla presente clausola, deve essere fatta nel termine e con le modalità previste dalla polizza.

Nel caso di ritardata denuncia non vengono rimborsate le spese relative al periodo anteriore al giorno della denuncia stessa.

Data / /

La Società

Il Contraente

Art. 4 - Norme che regolano la gestione sinistri

Art. 4.1 - Denuncia dei sinistri - Obblighi dell'Assicurato

Entro 30 giorni dal fatto o dal giorno in cui l'ufficio competente del Contraente ne è venuto a conoscenza deve essere fatta denuncia di ciascun sinistro al Broker. La denuncia deve contenere la narrazione del fatto, l'indicazione delle conseguenze, il nome ed il domicilio degli infortunati e dei testimoni, la data, il luogo e le cause del sinistro.

Il Contraente deve poi far seguire, nel più breve tempo possibile, la ulteriore documentazione del caso.

Art. 4.2 - Controversie

In caso di divergenze sulla natura e sulle conseguenze delle lesioni, sul grado di Invalidità Permanente o sul grado o durata della Inabilità Temporanea, le Parti si obbligano a conferire mandato, con scrittura privata, ad un Collegio di tre medici di decidere a norma e nei limiti delle Condizioni di polizza. Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge.

La proposta di convocare il Collegio Medico deve partire dall'Assicurato o dagli aventi diritto e deve essere fatta per iscritto con l'indicazione del nome del medico designato, dopo di che la Società comunica all'Assicurato il nome del medico che essa a sua volta designa. Il terzo medico viene scelto dalle Parti sopra una terna di medici proposta dai primi due; in caso di disaccordo lo designa il Segretario dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio Medico. Nominato il terzo medico, la Società convoca il Collegio invitando l'Assicurato a presentarsi.

Il Collegio Medico risiede presso la sede del Contraente.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico.

La decisione del Collegio Medico è obbligatoria per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

Art. 4.3 - Liquidazione

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquida l'indennizzo dovuto, ne dà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvede al pagamento. L'indennizzo viene corrisposto in Italia nella valuta corrente.

Art. 5 - Condizioni particolari

Art. 5.1 - Rinuncia alla rivalsa

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato o suoi aventi diritto, all'azione di rivalsa verso i terzi responsabili dell'infortunio che le compete per l'art. 1916 Codice Civile.

Art. 5.2 - Morte presunta

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato, e si presuma sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà ai beneficiari il capitale previsto per il caso Morte. La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termine degli artt. 60 e 62 Codice Civile.

Resta inteso che, se dopo che la Società ha pagato l'indennità, risulterà che l'Assicurato è vivo, la Società avrà diritto alla restituzione della somma pagata.

A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'Invalidità Permanente eventualmente subita.

Art. 5.3 - Esposizione agli elementi

La Società, in occasione di arenamento, naufragio, atterraggio forzato di mezzi di trasporto non esclusi dall'Art. 2 Norme che regolano l'assicurazione Infortuni, corrisponderà le somme rispettivamente assicurate per il caso Morte e Invalidità Permanente anche in quei casi in cui gli avvenimenti di cui sopra non siano la causa diretta dell'infortunio ma, in conseguenza della zona, del clima o di altre situazioni concomitanti (es: perdita di orientamento), l'Assicurato si trovi in condizioni tali da subire la morte o lesioni organiche permanenti.

Art.5.4 - Ernie traumatiche e da sforzo

A specificazione di quanto disposto a tale proposito all'Art. 2.2 (Rischi inclusi nell'assicurazione), si conviene che l'assicurazione comprende, limitatamente ai casi di Invalidità Permanente e di Inabilità Temporanea, ove prevista, le ernie da causa violenta, con l'intesa che:

- nel caso di ernia addominale operata o operabile viene riconosciuto l'indennizzo per il solo caso di Inabilità Temporanea fino ad un massimo di 30 giorni;
- nel caso di ernia addominale non operabile secondo parere medico, viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 10% (dieci per cento) della somma assicurata;
- qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio medico, di cui all'Art. 3.2 (Controversie).

Art. 5.5 - Movimenti tellurici

L'assicurazione comprende gli infortuni derivanti da movimenti tellurici.

Art. 5.6 - Rischio volo

L'assicurazione è estesa agli infortuni subiti dall'Assicurato durante i viaggi aerei, effettuati in qualità di passeggero (ma non come pilota o altro membro dell'equipaggio) su velivoli ed elicotteri da chiunque eserciti, tranne che:

- da società/aziende di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;
- da aereoclubs.

Agli effetti della presente garanzia, il viaggio aereo si intende iniziato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo e terminato nel momento in cui ne discende.

Art. 5.7 - Rischio guerra

La garanzia assicurativa prestata all'estero si intende estesa agli infortuni derivanti dallo stato di guerra (escluso comunque il territorio della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino), per un periodo massimo di quattordici giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici.

Art. 5.8 - Esonero denuncia di infermità e difetti

Fermo restando quanto disposto dall'Art. 2 Norme che regolano l'assicurazione Infortuni si dà atto che il Contraente è esonerato dalla denuncia di difetti, infermità o mutilazioni cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione del contratto o che dovessero in seguito sopravvenire.

In caso di infortunio, l'indennità per Invalidità Permanente viene liquidata per le sole conseguenze dirette causate dall'infortunio, conformemente a quanto previsto dal presente contratto.

Art. 5.9 - Danni estetici

Si conviene che, in caso di infortunio che abbia cagionato un danno di carattere estetico e lo stesso risulti non altrimenti indennizzabile ai termini del presente contratto, la Società riconoscerà il rimborso delle spese mediche sostenute dall'Assicurato per la riduzione del danno fino a concorrenza di Euro 2.600,00.= per evento.

Art. 5.10 - Raddoppio capitale in caso di commorienza

Se il medesimo infortunio provoca la morte dell'Assicurato e del suo coniuge non legalmente separato e se i loro figli minorenni risultano beneficiari dell'assicurazione, la Società paga una seconda volta la somma convenuta per il caso Morte con il massimo di Euro 1.500.000,00.=.

La presente estensione di garanzia non vale per il rischio di volo.

Art. 5.11 - Rapina, tentata rapina, sequestro di persona

Resta convenuto che se l'Assicurato muore in conseguenza di rapina, tentata rapina o sequestro di persona, la Società corrisponde il doppio della somma assicurata per il caso Morte. Resta comunque convenuto che, indipendentemente dall'indennità assicurata, il maggiore indennizzo da corrispondere non potrà, in ogni caso, superare l'importo di Euro 52.000,00.=.

Art. 5.12 - Morsi di animali, punture di insetti

Resta convenuto tra le parti che sono considerati infortuni le lesioni causate da infezioni acute obiettivamente accertate ed avvelenamenti che derivassero direttamente da punture di insetti e/o morsi di animali con esclusione della malaria e del carbonchio, ma con l'inclusione delle infezioni carbonchiose causate da ferite e/o abrasioni risarcibili a termini di polizza.

Data / /

La Società

Il Contraente

Disposizione finale

Il presente capitolato, già sottoscritto in ogni sua pagina dalla Società aggiudicataria, dopo la delibera di aggiudicazione del Contraente e la successiva sottoscrizione da parte del Legale Rappresentante assume a tutti gli effetti la validità di contratto anche per quanto riguarda le norme contenute, il prezzo, le scadenze, la decorrenza della garanzia assicurativa.

Ad aggiudicazione avvenuta, il Contraente dà notizia immediata alla Società che ha vinto la gara, inoltrandole copia in estratto della delibera con allegato il capitolato-contratto.

La Società aggiudicataria inserirà l'eventuale riparto delle Coassicuratrici che sarà allegato al Capitolato all'atto della firma del Legale Rappresentante del Contraente.

In assenza di tale documento la garanzia assicurativa si intenderà assunta al 100% da parte della delegataria.

Dichiarazione

Ad ogni effetto di legge, nonché ai sensi dell'art. 1341 Codice Civile, il Contraente e la Società dichiarano di approvare specificatamente le disposizioni degli articoli seguenti delle Condizioni di Assicurazione:

Art. 1.3 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia;

Art. 1.7 - Recesso in caso di sinistro;

Art. 1.8 - Durata del contratto;

Art. 1.10 - Foro competente;

Art. 1.13 - Assicurazione presso diversi assicuratori;

Art. 1.14 - Clausola Broker.

Data / /

La Società

Il Contraente

ALLEGATO (PROSPETTO DI OFFERTA)

Costituente parte integrante della presente polizza di assicurazione
(*da compilarsi esclusivamente in sede di Offerta Economica*)

La sottoscritta Società propone la seguente offerta economica in base ai dati riepilogati di seguito:

1 CONTRAENTE:	AMSC SpA Via Aleardi n. 70 Cap 21013 – Gallarate (VA) P.I. 02279540120
2 DURATA CONTRATTUALE:	Anni 5 Dalle ore 24 del 31/12/2008 Alle ore 24 del 31/12/2013 Rateazione annuale del premio
3 RISCHIO ASSICURATO:	Infortunati professionali (vedi definizioni) cat. A e B Infortunati professionali ed extra (vedi definizioni) cat C e D
4 CATEGORIE ASSICURATE:	A Presidente B Consiglieri C Dirigenti (preventivo retribuzioni €180.000,00) D Procuratore

5 SOMME ASSICURATE PER PERSONA:			
Cat.	Morte	Invalità Permanente	Rimborso Spese Mediche
A) e B)	570.000,00	690.000,00	10.000,00
C)	5 volte la retribuzione annua con il massimo di €1.030.000,00	6 volte la retribuzione annua con il massimo di €1.250.000,00	
D)	1.000.000,00	1.200.000,00	10.000,00

7 OFFERTA					
Cat.	Parametri	Tasso lordo	Premio lordo annuo Pro capite	Numero Assicurati	Premio lordo complessivo per categorie
A) B)	Morte	%		8	
	Invalità Permanente	%			
	Rimborso spese mediche	€			
C)	Preventivo retribuzioni €180.000,00	%		2	
D)	Morte	%		1	
	Invalità Permanente	%			
	Rimborso spese mediche	€			

Premio annuo lordo complessivo:	Euro
--	-------------------

8 ACCETTAZIONE

La Società, autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento ISVAP o D.M. n. del pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale (o suo supplemento n.) n. del, dichiara di aver esaminato in ogni sua parte la lettera di invito ed il presente capitolato e quant'altro ad esso allegato e di conseguenza di accettare, senza riserva alcuna, i termini, le modalità e le prescrizioni in essi contenute.

9 AUTORIZZAZIONE

L'Appaltatore autorizza l'Ente Appaltante - irrevocabilmente e per tutta la durata della presente assicurazione - ad effettuare i pagamenti delle somme dovute all'Appaltatore medesimo a favore del Broker, in forma liberatoria per l'Appaltante.

10 CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Gli adempimenti ai sensi del Dlgs 30/06/2003 N° 196, sono effettuati su apposita modulistica fornita dalla Società in occasione dell'emissione degli allegati meccanografici alla polizza.

Data / /

La Società

Il Contraente
