

**POLIZZA DI ASSICURAZIONE
INFORTUNI**

del Gruppo VERITAS



SOMMARIO

SEZIONE 1 DEFINIZIONI E IDENTIFICAZIONE DEGLI ASSICURATI

- Art. 1 Definizioni
- Art. 2 Identificazione degli Assicurati

SEZIONE 2 NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

- Art. 1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio
- Art. 2 Assicurazione presso diversi Assicuratori
- Art. 3 Durata del contratto
- Art. 4 Pagamento del premio e decorrenza della garanzia
- Art. 5 Regolazione del premio
- Art. 6 Recesso a seguito di sinistro
- Art. 7 Modifiche dell'assicurazione
- Art. 8 Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società
- Art. 9 Oneri fiscali
- Art. 10 Foro competente
- Art. 11 Interpretazione del contratto
- Art. 12 Titolarità dei diritti nascenti dal contratto
- Art. 13 Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio
- Art. 14 Coassicurazione e delega
- Art. 15 Tracciabilità dei flussi finanziari
- Art. 16 Rinvio alle norme di legge

SEZIONE 3 RISCHI COPERTI

- Art. 1 Oggetto dell'assicurazione
- Art. 2 Rimborso spese mediche
- Art. 3 Diaria di ricovero
- Art. 4 Diaria di gessatura
- Art. 5 Diaria per inabilità temporanea
- Art. 6 Spese di trasporto a carattere sanitario
- Art. 7 Rientro sanitario
- Art. 8 Rimpatrio salma
- Art. 9 Danni estetici
- Art. 10 Rischio aeronautico
- Art. 11 Servizio militare
- Art. 12 Rischio guerra
- Art. 13 Rischio sportivo
- Art. 14 Malattie tropicali

SEZIONE 4 ESCLUSIONI

- Art. 1 Esclusioni
- Art. 2 Persone escluse dall'assicurazione o non assicurabili

SEZIONE 5 GESTIONE E LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

- Art. 1 Denuncia del sinistro e relativi obblighi
- Art. 2 Criteri di indennizzabilità
- Art. 3 Controversie
- Art. 4 Liquidazione dell'indennità
- Art. 5 Rinuncia all'azione di surroga
- Art. 6 Responsabilità del Contraente

SEZIONE 6 SOMME ASSICURATE, FRANCHIGIE, SCOPERTI E CALCOLO DEL PREMIO

- Art. 1 Somme assicurate, scoperti e franchigie
- Art. 2 Calcolo del premio e modalità di applicazione della regolazione
- Art. 3 Riparto di coassicurazione
- Art. 4 Disposizione finale

SEZIONE 1
DEFINIZIONI E DESCRIZIONE DELL'ATTIVITÀ

Art. 1- Definizioni

Assicurazione:	Il contratto di assicurazione
Annualità assicurativa o periodo assicurativo:	Il periodo pari o inferiore a 12 mesi compreso tra la data di effetto e la data di scadenza o di cessazione dell'assicurazione.
Assicurato:	La persona fisica o giuridica il cui interesse è protetto dalla Assicurazione.
Beneficiario:	In caso di morte gli eredi legittimi o testamentari, in tutti gli altri casi l'assicurato stesso.
Contraente:	Il soggetto che stipula l'assicurazione riportato nel frontespizio della presente polizza.
Franchigia:	La parte di danno che l'assicurato tiene a suo carico.
Inabilità temporanea:	la perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato di attendere alle attività professionali dichiarate.
Indennizzo:	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Infortunio:	ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte e/o una invalidità permanente e/o un'inabilità temporanea.
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.
Istituto di cura:	Ogni ospedale, clinica o casa di cura (convenzionata o privata) in Italia o all'estero, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e delle competenti Autorità, al ricovero ed eventualmente all'assistenza sanitaria in regime di degenza diurna. Sono comunque esclusi gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno.
Premio:	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
Retribuzioni/Liquidazione:	<p>Tutto quanto al lordo delle ritenute, l'assicurato effettivamente riceve a compenso delle sue prestazioni, comprese le indennità fisse, i premi, le gratificazioni, i compensi speciali di qualsiasi natura, quando pure abbiano carattere transitorio o di contingenza, la partecipazione agli utili e le provvigioni, nonché l'equivalente in denaro di tutte le corresponsioni in natura.</p> <p>Per le liquidazioni delle indennità è considerata retribuzione annua dell'infortunato quella percepita per i titoli di cui sopra nel mese precedente a quello in cui si è verificato l'infortunio, moltiplicato per quattordici; a tale ammontare si aggiungeranno le somme relative a retribuzioni non pagabili ricorrentemente in ciascun mese e corrisposte effettivamente all'infortunato nei dodici mesi precedenti, purché su tali somme sia conteggiato o sia conteggiabile il Premio di Assicurazione.</p>
Ricovero:	la degenza in Istituto di cura che comporti almeno un pernottamento.
Rischio:	la probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne
Scoperto:	la parte percentuale di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.
Sinistro:	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
Società:	L'impresa assicuratrice nonché le coassicuratrici.
Società controllata:	La Società che si trova nei confronti della Contraente nei rapporti di cui all'Art. 2359 C.C., ovvero la società in cui la Contraente ha, direttamente o indirettamente, il controllo, nonché la società controllante e tutte le società da questa direttamente e/o indirettamente controllate.

Art. 2 – Identificazione degli Assicurati

La presente polizza viene stipulata per tutte le categorie, riportate alla Sezione 6 della presente polizza, per le quali il Contraente e le Società Controllate hanno l'obbligo od interesse ad attivare la copertura assicurativa e vale per gli infortuni subiti dagli Assicurati in occasione della partecipazione all'attività della Contraente o nello svolgimento delle mansioni dichiarate dal Contraente stesso, così come durante le attività extraprofessionali e quindi con copertura 24 ore su 24 per le categorie per le quali tale formulazione è prevista (cfr. sezione 6). Per le categorie identificate come automaticamente coperte alla Sezione 6 non si farà luogo ad alcuna comunicazione da parte del Contraente ritenendosi gli Assicurati coperti fin dalla decorrenza della presente polizza.

Per le categorie attivabili a richiesta identificate come tali alla Sezione 6 la copertura decorrerà dalle ore 24.00 del giorno comunicato alla Società Assicuratrice dal Contraente e scadrà dalle ore 24.00 del giorno indicato dal medesimo. Il relativo premio verrà conteggiato in sede di regolazione (cfr. Art. 5 Sezione 2).

Il Contraente e le Società Controllate sono esonerati dall'obbligo della denuncia delle generalità delle persone assicurate.

Per la loro identificazione si farà riferimento ai registri tenuti dal Contraente e dalle Società Controllate.

Il Contraente resta altresì esonerato dall'obbligo di notificare preventivamente alla Società le malattie, le infermità, le mutilazioni ed i difetti fisici da cui fossero affette le persone assicurate all'atto della stipula del presente contratto, o degli inserimenti successivi, o che dovessero in seguito sopravvenire.

La presente polizza si intende operante per infortuni occorsi nel mondo intero. Gli eventuali indennizzi verranno corrisposti solo in Italia in Euro (€).

SEZIONE 2

NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

Art. 1 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte e reticenti del Contraente e delle Società Controllate 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 C.C.

Il Contraente e le Società Controllate devono comunicare alla Società ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 C.C.

Nel caso di diminuzione del rischio, la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio con effetto immediato rispetto alle comunicazioni del Contraente e delle Società Controllate e rinuncia al relativo diritto di recesso previsto dall'art. 1897 C.C. La Società corrisponderà, al netto dell'imposta, la quota di premio pagata e non consumata, a scelta del Contraente, immediatamente oppure in occasione della scadenza dell'annualità di premio.

La mancata comunicazione da parte del Contraente e delle Società Controllate di circostanze aggravanti il rischio così pure le inesatte od incomplete dichiarazioni rese all'atto della stipulazione dell'assicurazione o durante il corso della stessa, non comporteranno decadenza dal diritto di indennizzo, né riduzione dello stesso sempre che tali omissioni od inesattezze siano avvenute senza dolo.

La Società ha peraltro il diritto di percepire la differenza di premio corrispondente al maggior rischio a decorrere dal momento in cui le circostanze si sono verificate.

Il Contraente e l'Assicurato sono esentati da qualsiasi obbligo di dichiarare i danni che avessero colpito polizze da loro sottoscritte a copertura dei medesimi rischi precedentemente la stipulazione della presente polizza di assicurazione.

Art. 2 – Assicurazione presso diversi Assicuratori

È data facoltà al Contraente e alle Società Controllate di non comunicare altre assicurazioni che avessero in corso o che stipulassero in futuro con altre imprese per gli stessi rischi assicurati con il presente contratto di assicurazione.

Il presente contratto di assicurazione s'intende stipulato indipendentemente ed in aggiunta alle assicurazioni obbligatorie previste per gli infortuni sul lavoro dalle leggi vigenti e da quelle eventuali future.

Il Contraente e le Società Controllate sono inoltre esonerati dal denunciare le assicurazioni a favore dei propri dipendenti a cui fossero tenuti per legge o per disposizioni aventi comunque carattere obbligatorio, delle quali la presente costituisce un complemento, pur essendo completamente separata ed indipendente.

Gli Assicurati sono esentati dall'obbligo di comunicare l'esistenza di altre assicurazioni stipulate da loro stessi o da altri a copertura degli stessi rischi assicurati con il presente contratto.

In caso di sinistro non si farà luogo all'applicazione del disposto dell'art. 1910 del Codice Civile per tutte quelle garanzie che non rappresentino un rimborso di spese sostenute.

In tutti gli altri casi la Società Assicuratrice provvederà a liquidare le spese secondo le condizioni tutte della presente polizza fermo il diritto al recupero dagli altri Assicuratori di quota parte dell'indennità corrisposta in applicazione del disposto del quarto comma dell'art. 1910 del Codice Civile.

Art. 3 – Durata del contratto

Il contratto ha la durata indicata in frontespizio e cesserà irrevocabilmente alla scadenza del detto periodo. Tuttavia alle parti è concessa la facoltà di rescindere il contratto ad ogni scadenza annuale con lettera raccomandata A.R. ovvero PEC da inviarsi 120 giorni prima della suddetta scadenza.

Il Contraente ha la facoltà altresì, ove lo ritenga conveniente e sia previsto dalla normativa in materia, di richiedere il rinnovo del contratto di anno in anno per la durata massima pari ad anni 2 (due) ovvero in un'unica soluzione per una durata biennale.

È facoltà della parte che ha ricevuto la rescissione del contratto proporre modifiche delle condizioni contrattuali al fine di rinnovare il contratto.

È facoltà del contraente e delle Società Controllate, con preavviso non inferiore a 30 giorni antecedenti la scadenza, richiedere alla Società una proroga temporanea della presente assicurazione, finalizzata all'espletamento od al completamento delle procedure di aggiudicazione della nuova assicurazione. La Società, a fronte della corresponsione del relativo rateo di premio, si impegna sin da ora a prorogare in tal caso l'assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche per un periodo di 180 giorni decorrenti alla scadenza.

Art. 4 – Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza sempre che il pagamento del premio o della prima rata di premio avvenga, in deroga all'art. 1901 C.C., entro i 60 giorni successivi al medesimo.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 60° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Art. 5 – Regolazione del premio

Poiché il premio è convenuto in tutto o in parte in base ad elementi di rischio variabile, esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza (sezione 6) 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 i 180 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione il Contraente e le Società Controllate devono fornire per iscritto alla Società i dati necessari per il conteggio del premio consuntivo.

Le differenze attive o passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei 60 giorni successivi al ricevimento da parte del Contraente dell'apposita appendice di regolazione ritenuta corretta emessa dalla Società.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti od il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società deve fissargli, mediante atto formale di messa in mora, un ulteriore termine non inferiore a 30 giorni dandone comunicazione scritta, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto od a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo annuo per il quale non ha avuto luogo la regolazione od il pagamento della differenza attiva e la garanzia resta sospesa fino alle ore 24.00 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto i suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata A.R., la risoluzione del contratto.

In caso di mancata comunicazione dei dati di regolazione o di mancato pagamento del premio di conguaglio non dovuti a comportamento doloso del Contraente, gli eventuali sinistri potranno essere indennizzati nella stessa proporzione esistente tra il premio versato a deposito e l'intero premio dovuto (deposito più conguaglio). Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie gli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società deve fissargli lo stesso termine di 30 giorni trascorso il quale, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, la Società stessa non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

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

Art. 6 – Recesso a seguito di sinistro

Dopo ogni sinistro e fino al sessantesimo giorno dalla definizione dei rapporti tra le Parti, la Società ed il Contraente hanno facoltà di recedere dal contratto con preavviso di 120 (centoventi) giorni da darsi con lettera raccomandata A.R., fermo restando che il recesso avrà effetto con la scadenza della prima rata annuale utile.

Art. 7 – Modifiche all'assicurazione

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

Art. 8 – Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente è tenuto devono essere fatte con lettera raccomandata A.R. (anche a mano) od altro mezzo (telefax ovvero PEC) indirizzata alla Società.

Art. 9 – Oneri fiscali

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

Art. 10 – Controversie – 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 finalizzata alla conciliazione ai sensi del D.Lgs. 28/2010, nel rispetto del Regolamento di conciliazione da questa 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 la Contraente oppure, in alternativa, la Società Controllata.

Art. 11 – Interpretazione del contratto

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

Art. 12 – Titolarità dei diritti nascenti dal contratto

Le azioni, le ragioni ed i diritti nascenti dalla polizza non possono essere esercitati che dal Contraente, dalle Società Controllate e dalla Società.

Spetta in particolare al Contraente e alle Società Controllate compiere gli atti necessari all'accertamento ed alla liquidazione dei danni. L'accertamento e la liquidazione dei danni così effettuati sono vincolanti anche per l'Assicurato, restando esclusa ogni sua facoltà di impugnativa. L'indennizzo liquidato a termini di polizza non può tuttavia essere pagato se non nei confronti e con il consenso dei titolari dell'interesse assicurato.

È data tuttavia facoltà al Contraente e alle Società Controllate di richiedere il subentro dell'Assicurato in tutti gli atti necessari alla gestione e liquidazione del sinistro. L'accertamento e la liquidazione dei danni così effettuati sono vincolanti anche per il Contraente e le Società Controllate, restando esclusa ogni sua facoltà di impugnativa.

Art. 13 – Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio

La Società, alle scadenze annuali, si impegna a fornire al Contraente e alle Società Controllate il dettaglio dei sinistri così suddiviso:

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

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

Art. 14 – Coassicurazione e delega (opzionale)

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

Le imprese assicuratrici hanno convenuto di affidare la gestione del presente contratto alla Società designata in frontespizio della presente polizza.

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

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

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

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

Il dettaglio dei capitali assicurati, dei premi, accessori e imposte, spettanti a ciascuna Coassicuratrice, risulta dall'apposita tabella della Sezione 6 alla presente Polizza.

Art. 15 – Tracciabilità dei flussi finanziari

L'appaltatore assume tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'articolo 3 della legge 13 agosto 2010, n. 136 e successive modifiche al fine di assicurare la tracciabilità dei movimenti finanziari relativi all'appalto.

Ai fini della tracciabilità dei flussi finanziari gli strumenti di pagamento devono riportare nella causale il codice identificativo di gara (CIG) o il CUP.

Qualora l'appaltatore non assolva agli obblighi previsti dall'art. 3 della Legge n. 136/2010 per la tracciabilità dei flussi finanziari relativi all'appalto, il presente contratto si risolve di diritto ai sensi del comma 8 del medesimo art. 3.

La stazione appaltante verifica in occasione di ogni pagamento all'appaltatore e con interventi di controllo ulteriori l'assolvimento, da parte dello stesso, degli obblighi relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari.

L'appaltatore si impegna a dare immediata comunicazione alla stazione appaltante ed alla prefettura-ufficio territoriale del Governo della provincia di competenza della notizia dell'inadempimento della propria controparte (subappaltatore/subcontraente) agli obblighi di tracciabilità finanziaria.

Art. 16 – Rinvio alle norme di legge

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

SEZIONE 3 RISCHI COPERTI

Art. 1 – Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio delle attività dichiarate dal Contraente, compreso il rischio in itinere, salvo quanto specificato alla Sezione 6, per le singole Categorie.

L'assicurazione vale altresì per le garanzie di cui ai seguenti artt. 2, 3, 4 e 5 della presente Sezione purché richiamate per le singole categorie di Assicurati alla Sezione 6.

Si ritengono invece automaticamente prestate per tutti gli Assicurati le garanzie di cui ai seguenti artt. 6, 7, 8, 9 e 10 della presente Sezione.

Sono compresi in garanzia anche:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti o le intossicazioni conseguenti ad indigestione od assorbimento di sostanze;
- gli avvelenamenti del sangue o infezione – escluso il virus H.I.V. – purché il germe infettivo si sia introdotto nell'organismo al momento del verificarsi di una lesione esterna traumatica;
- contatto con corrosivi;
- le affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi;
- l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento;
- la folgorazione;
- i colpi di sole o di calore o di freddo;
- gli infortuni derivanti da aggressioni in genere;
- gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismi, attentati, sequestri, rapine, azioni di dirottamento o di pirateria a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- gli infortuni derivanti da malore ed incoscienza;
- gli infortuni derivanti da imprudenza, imperizia e negligenza anche gravi;
- gli infortuni derivanti dall'uso o guida di ciclomotori e motocicli di qualunque cilindrata, trattori e macchine agricole semoventi, veicoli a motore e natanti, a condizione che l'Assicurato in caso di guida sia in possesso, ove prescritto, di regolare patente di abilitazione alla guida medesima;
- gli infortuni causati da forze della natura compresi terremoto, maremoto, eruzione vulcanica, alluvioni, inondazioni, frane, smottamenti, valanghe, slavine;
- gli infortuni causati da influenze termiche ed atmosferiche;
- gli infortuni derivanti da abuso di alcolici, con l'esclusione di quelli subiti alla guida di veicoli e/o natanti in genere;
- ernie addominali da sforzo, rotture tendine sottocutanee da sforzo, strappi muscolari da sforzo;
- ernie traumatiche;
- le lesioni (esclusi gli infarti) determinate da sforzi.

Art. 2 – Rimborso spese mediche

La Società garantisce, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza e fino alla concorrenza del massimale espresso per la singola categoria nell'apposita scheda della Sezione 6, il rimborso degli onorari dei medici e dei chirurghi, delle rette di degenza in ospedali e case di cura, delle spese per accertamenti diagnostici e medico legali, esami di laboratorio e terapie fisiche, cure mediche e trattamenti riabilitativi, cure odontoiatriche compresa la sola prima protesi, acquisto di apparecchi protesici ortopedici e protesi oculari, nonché delle spese farmaceutiche e medicinali prescritti resesi necessarie a seguito dell'infortunio.

Art. 3 – Diaria per ricovero

La Società corrisponde, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza, l'indennità giornaliera indicata nella scheda della Sezione 6 fino al limite ivi stabilito, per ogni giorno di degenza, effettuato in Istituti di Cura pubblici, accreditati o privati in Italia o all'estero. Al fine del computo dei giorni di degenza, il giorno di entrata e quello di uscita sono computati come un singolo giorno. In caso di day hospital, l'indennità sarà pari al 50% dell'indennità giornaliera stabilita in caso di ricovero.

Art. 4 – Diaria per gessatura

La Società corrisponde, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza che comporti l'applicazione di apparecchio gessato o di tutori immobilizzanti equivalenti, l'indennità giornaliera indicata nella

scheda della Sezione 6 fino al limite ivi stabilito, per ogni giorno di effettiva applicazione dell'apparecchio gessato o del tutore immobilizzante equivalente.

Art. 5 – Diaria per inabilità temporanea

La Società corrisponde, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza che comporti una inabilità dell'Assicurato ad attendere le sue occupazioni professionali o abituali, l'indennità giornaliera indicata nella scheda della Sezione 6 fino al limite ivi stabilito per ogni giorno di inabilità.

Art. 6 – Spese di trasporto a carattere sanitario

La garanzia è estesa al rimborso, fino al limite di € 5.000,00, delle spese sostenute dall'Assicurato in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza per i costi eventualmente sostenuti per il trasporto dal luogo dell'infortunio ad un Istituto di Cura attrezzato, il trasporto tra Istituti di Cura e dall'Istituto di Cura al domicilio dell'Assicurato a mezzo auto – ambulanza.

Art. 7 – Rientro sanitario

La garanzia è estesa al rimborso, fino al limite di € 5.000,00, delle spese sostenute dall'Assicurato per il rientro, anche se anticipato o posticipato, in caso di infortunio che lo colpisca nel corso di una missione, gita o viaggio disposto dal Contraente direttamente od indirettamente, fino al luogo di residenza o ricovero e ciò fino alla concorrenza di € 5.000,00.

Art. 8 – Rimpatrio salma (valido in Italia e 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 che lo colpisca nel corso di una missione, gita o viaggio disposto dal Contraente direttamente o indirettamente, fino al luogo di sepoltura e ciò fino alla concorrenza di € 5.000,00.

Art. 9 – Danni estetici

Si conviene che in caso di infortunio non escluso dalle Condizioni della presente polizza, che produca conseguenze di carattere estetico al viso, anche se non comporta indennizzo 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 il limite di € 25.000,00 per evento e con una franchigia fissa del 5%.

Art. 10 – Rischio aeronautico

L'assicurazione comprende gli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei effettuati in qualità di passeggero di velivoli ed elicotteri eserciti da società di traffico regolare, esclusivamente durante il trasporto di passeggeri, ed è prestata per le somme corrispondenti a quelle assicurate con la presente polizza e per i rischi da essa previsti. Restano in ogni caso esclusi i voli effettuati su velivoli ed elicotteri eserciti da aeroclubs. Il cumulo delle somme assicurate, con questa garanzia o con altre assicurazioni, da chiunque stipulate a favore degli stessi Assicurati per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni, non potrà superare le somme assicurate:

- € 2.000.000,00 = per il caso di invalidità permanente
- € 2.000.000,00 = per il caso di morte

per persona e di:

- € 10.000.000,00 = per il caso di invalidità permanente
- € 10.000.000,00 = per il caso di morte

complessivamente per aeromobile.

In detta limitazione per aeromobile rientrano i capitali riferentesi ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze infortuni, unicamente se stipulate dallo stesso Contraente.

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

Art. 11 – Rischio guerra

A parziale deroga del disposto dell'Art. 1 Sezione 4, la garanzia viene estesa agli infortuni avvenuti all'estero (escluso comunque il territorio della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino) derivanti da stato di guerra civile, guerra, invasione, atti nemici, ostilità (sia che la guerra sia dichiarata e no), per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di eventi bellici mentre si trova all'estero.

Art. 12 – Rischio sportivo

La garanzia è estesa agli infortuni derivanti dalla pratica non professionale di qualsiasi sport salvo quelli espressamente esclusi (Sezione 4, Art. 1)

Art. 13 – Malattie tropicali

L'assicurazione si intende estesa alle malattie tropicali che potessero contrarre le persone assicurate. Per malattie tropicali si devono intendere quelle contemplate dal R.D. n.281 del 07/02/38 e successive modifiche e integrazioni.

L'estensione è subordinata alla circostanza che gli Assicurati si trovino in buone condizioni di salute e che siano stati preventivamente sottoposti alle prescritte pratiche di profilassi.

Per quanto riguarda la presente garanzia resta convenuto che non si farà luogo ad indennizzo per l'Invalidità Permanente quando questa sia di grado non superiore al 20% della totale; se invece l'Invalidità Permanente supera il 20% della totale, l'indennizzo verrà liquidato secondo quanto previsto dalle condizioni di polizza.

Il periodo massimo utile per provvedere alla valutazione definitiva del danno indennizzabile a norma della presente estensione, viene fissato in due anni dalla denuncia della malattia.

SEZIONE 4 ESCLUSIONI

Art. 1 – Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni occorsi:

1. in occasione di eventi direttamente connessi allo stato di guerra dichiarata o non dichiarata;
2. durante la guida e l'uso di mezzi di locomozione aerea e la guida di mezzi subacquei, salvo quanto previsto all'art. 10, Sezione 3;
3. in conseguenza di dolo o di azioni delittuose dell'Assicurato;
4. sotto influenza di stupefacenti, psicofarmaci ed allucinogeni assunti volontariamente fatto salvo se dietro prescrizione medica;
5. da stato di ubriachezza alla guida di veicoli o natanti a motore in genere;
6. in conseguenza diretta od indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
7. durante l'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore su circuiti o piste, in tutte le tipologie di gare, competizioni e relative prove, salvo che si tratti di regolarità pura e/o di prove libere;
8. dalla pratica del paracadutismo e degli sport aerei in genere;

Art. 2 – Persone escluse dall'assicurazione e non assicurabili

Non sono coperte dalla presente polizza:

1. fatto salvo patto speciale, le persone di età superiore a settantacinque anni. Tuttavia per persone che raggiungano tale età nel corso del contratto di assicurazione, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa al compimento di detto termine, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti, dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso verranno restituiti a richiesta del Contraente al netto degli oneri fiscali.
2. indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS). L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi;
3. le persone affette da epilessia.

SEZIONE 5 GESTIONE DEI SINISTRI

Art. 1 – 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 hanno determinato, dovrà essere corredata di certificato medico e indirizzata alla Società, entro il 15° giorno lavorativo dall'infortunio o dal momento in cui il Contraente e le Società Controllate, 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, nonché le fatture, notule e ogni altro documento comprovante le spese mediche o farmaceutiche sostenute e rimborsabili.

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

Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono espressamente comprese nell'assicurazione.

Art. 2 – 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 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.

a) 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'evento.

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 l'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, i beneficiari, o in difetto di designazione, gli eredi, dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso ed hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per morte – se superiore – e quello già pagato per invalidità permanente.

b) 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, fermo restando quanto previsto dalle Condizioni di Assicurazione, verrà riconosciuto l'indennizzo 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 fare valere 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 dalla presente polizza.

c) INVALIDITÀ PERMANENTE

Se l'infortunio ha per conseguenza un'invalidità permanente e questa si verifica – anche successivamente alla scadenza della polizza – ma comunque entro due anni dal giorno nel quale l'evento 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:

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 ed integrazioni in vigore fino al 24.07.2000, con l'intesa che le percentuali indicate nella Tabella anzidetta vengano riferite ai capitali assicurati per il caso di invalidità permanente totale. 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.

In caso di valutazione della Invalidità Permanente di grado pari o superiore al 50%, verrà liquidata una somma pari al 100% della somma assicurata.

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 e/o comunque a seguito degli esiti della visita legale, la Società paga l'importo liquidato od offerto ai beneficiari, o in difetto di designazione degli stessi, agli eredi dell'Assicurato secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

d) DIARIE

Qualora sia provato che l'infortunio ha causato l'inabilità temporanea o il ricovero o l'applicazione di gessature o di tutore immobilizzante equivalente, la Società con riferimento alla natura ed alla conseguenza delle lesioni riportate dall'Assicurato, liquida l'indennità giornaliera, se prevista per la categoria, integralmente.

L'indennità cessa con il giorno dell'avvenuta guarigione risultante dal certificato medico; se però l'Assicurato non trasmette tale certificato, viene considerata data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato medico regolarmente inviato. L'indennità viene corrisposta per il periodo massimo previsto alla Sezione 6 della presente polizza.

Le diarie non sono cumulabili tra loro. In caso di indennizzabilità per più diarie, è data facoltà all'Assicurato, di scegliere la liquidazione di quella avente durata o importo liquidabile maggiore.

e) SPESE MEDICHE

La Società, in caso d'infortunio rientrante nella garanzia prestata, anche se non determinante la morte o l'invalidità permanente, rimborsa all'Assicurato, fino alla concorrenza dell'importo convenuto con il massimo di quanto stabilito alla Sezione 6, le spese sostenute.

Le spese verranno liquidate a presentazione di fatture, notule ecc.. La liquidazione potrà avvenire anche se non si è verificata la completa guarigione dell'Assicurato.

Art. 3 – Controversie

In caso di controversie di natura medica sulla indennizzabilità dell'infortunio nonché sulla misura dei rimborsi o sulla liquidabilità delle indennità, le Parti si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere se ed in quale misura siano dovuti i rimborsi e le indennità a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo dalle Parti di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio medico.

Il collegio medico risiede ove ha sede il Contraente o la singola Società Controllata.

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

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

Art. 4 – Liquidazione dell'indennità

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società dovrà provvedere ad inoltrare agli interessati proposta di liquidazione entro 60 giorni dal giorno dell'espletamento della visita medico legale. Avuta notizia della loro accettazione, provvederà al pagamento entro 30 giorni.

L'indennità viene corrisposta in Italia in Euro.

Art. 5 – Rinuncia all'azione di surroga

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto all'azione di surroga che potesse competere per l'art. 1916 C.C. verso i responsabili dell'infortunio.

Art. 6 – Responsabilità del Contraente e delle Società Controllate (inteso anche come società controllate)

Qualora l'infortunato, o in caso di morte, i beneficiari o soltanto qualcuno di questi non accettino, a completa tacitazione per l'infortunio, l'indennità dovuta ai sensi della presente polizza ed avanzino verso il Contraente o verso le Società Controllate maggiori pretese a titolo di responsabilità civile, detta indennità nella sua totalità, a richiesta del Contraente, 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 soccombente, l'indennità viene agli stessi pagata sotto deduzione, a favore del Contraente o delle Società Controllate, delle spese di causa da lui sostenute.

SEZIONE 6
SOMME ASSICURATE, FRANCHIGIE, SCOPERTI E CALCOLO DEL PREMIO

Art. 1 – Somme assicurate, franchigie e scoperti

L'assicurazione è prestata alle condizioni tutte della presente polizza per le persone appartenenti alle categorie qui di seguito evidenziate e per le garanzie e massimali specifici della singola categoria.

Art. 1.1 – Consiglio di Amministrazione

L'Assicurazione è efficace per tutti i componenti del Consiglio di Amministrazione (escluso il Presidente e/o Amministratore Delegato e/o Amministratore Unico e/o consigliere delegato) della contraente e delle Società Controllate limitatamente alle attività espletate in connessione con il mandato, ivi compresi i rischi della circolazione su qualsiasi mezzo, nonché il rischio in itinere.

Si conviene che per l'identificazione degli assicurati e del loro effettivo mandato/funzione/carica faranno fede gli appositi atti del Contraente.

Garanzia	Somma assicurata pro capite
Caso Morte	€ 600.000,00
Caso Invalidità Permanente	€ 700.000,00
Rimborso spese mediche	€ 7.500,00
Diaria per ricovero	Non prestata
Diaria per gessatura	Non prestata
Diaria per inabilità temporanea (vedi A)	Vedi punto elenco A)

A) Qualora si verifichi un infortunio, la Società effettua il pagamento della somma giornaliera di € 100,00 per un massimo di 180 giorni da quello dell'infortunio regolarmente denunciato con le seguenti modalità:

- integralmente, per tutto il tempo in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle proprie occupazioni professionali;
- al 50% per tutto il tempo in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle sue occupazioni professionali;
- il computo dei giorni per il quale si riconosce l'indennizzo decorre dalle ore 24 del giorno dell'infortunio, se regolarmente denunciato, o in caso di ritardo dalle ore 24 del giorno della denuncia, dedotti n. 10 giorni di franchigia. L'indennizzo è dovuto anche per il periodo antecedente alla denuncia se vi è stato ricovero in istituto di cura e limitatamente ai giorni effettivi di ricovero, sempre dedotti n. 10 giorni di franchigia;
- la liquidazione dell'indennizzo viene effettuata considerando quale data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato medico regolarmente inviato, salvo rinnovo di certificati medici.

Franchigie: Nessuna.

Qualora un Assicurato della presente sezione/categoria fosse contemporaneamente assicurato anche in altra sezione/categoria della presente polizza e/o altra polizza/infortuni stipulata da altra società appartenente al Gruppo Veritas e con il medesimo assicuratore, in caso di sinistro l'indennizzo spettante verrà calcolato sulla base delle condizioni economicamente più favorevoli all'assicurato previste dalle rispettive sezioni/categorie. Pertanto devono considerarsi esclusi i cumuli di somme assicurate per le varie sezioni/categorie.

Art. 1.2 – Presidente e/o Amministratore Delegato e/o Amministratore Unico e/o consigliere delegato

L'Assicurazione è efficace per il Presidente e/o Amministratore Delegato e/o Amministratore Unico e/o consigliere delegato, tanto per il rischio professionale che extraprofessionale (24 ore su 24), ivi compresi i rischi della circolazione su qualsiasi mezzo, nonché il rischio in itinere.

Si conviene che per l'identificazione degli assicurati e del loro effettivo mandato/funzione/carica faranno fede gli appositi atti del Contraente e delle Società Controllate.

La copertura si deve intendere efficace per il Presidente e/o Amministratore Delegato e/o Amministratore Unico e/o consigliere delegato, anche quando lo stesso espliciti la propria attività quale Presidente o Amministratore o consigliere delegato di altra società appartenente al Gruppo Veritas.

Garanzia	Somma assicurata pro capite
Caso Morte	€ 600.000,00
Caso Invalidità Permanente	€ 700.000,00
Rimborso spese mediche	€ 7.500,00
Diaria per ricovero	Non prestata
Diaria per gessatura	Non prestata
Diaria per inabilità temporanea (vedi A)	Vedi punto elenco A)

A) Qualora si verifichi un infortunio, la Società effettua il pagamento della somma giornaliera di € 100,00 per un massimo di 180 giorni da quello dell'infortunio regolarmente denunciato con le seguenti modalità:

- integralmente, per tutto il tempo in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle proprie occupazioni professionali;
- al 50% per tutto il tempo in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle sue occupazioni professionali;
- il computo dei giorni per il quale si riconosce l'indennizzo decorre dalle ore 24 del giorno dell'infortunio, se regolarmente denunciato, o in caso di ritardo dalle ore 24 del giorno della denuncia, dedotti n. 10 giorni di franchigia. L'indennizzo è dovuto anche per il periodo antecedente alla denuncia se vi è stato ricovero in istituto di cura e limitatamente ai giorni effettivi di ricovero, sempre dedotti n. 10 giorni di franchigia;
- la liquidazione dell'indennizzo viene effettuata considerando quale data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato medico regolarmente inviato, salvo rinnovo di certificati medici.

Franchigie: Nessuna.

Qualora un Assicurato della presente sezione/categoria fosse contemporaneamente assicurato anche in altra sezione/categoria della presente polizza e/o altra polizza/infortuni stipulata da altra società appartenente al Gruppo Veritas e con il medesimo assicuratore, in caso di sinistro l'indennizzo spettante verrà calcolato sulla base delle condizioni economicamente più favorevoli all'assicurato previste dalle rispettive sezioni/categorie. Pertanto devono considerarsi esclusi i cumuli di somme assicurate per le varie sezioni/categorie.

Art. 1.3 – Dirigenti

La polizza è efficace per le garanzie ed i massimali sotto riportati per i dipendenti appartenenti alla categoria Quadri sia per i rischi professionali connessi e correlati alle attività svolte, e sia per i rischi extraprofessionali (copertura 24 ore su 24) ivi compresi i rischi della circolazione su qualsiasi mezzo incluso aeromobili, nonché il rischio in itinere.

Si conviene che per l'identificazione degli assicurati e del loro effettivo mandato/funzione/carica faranno fede gli apposti atti del Contraente e delle Società Controllate.

La copertura si deve intendere efficace anche quando l'assicurato espliciti la propria attività quale Presidente o Amministratore di altra Società appartenente al Gruppo Veritas.

Garanzia	Somma assicurata pro capite €
Caso Morte	5 volte la retribuzione annua lorda con il massimo di € 1.250.000,00
Caso Invalidità Permanente	6 volte la retribuzione annua lorda con il massimo di € 1.500.000,00
Rimborso spese mediche	€ 10.000,00
Diaria per ricovero	€ 100,00 al giorno per un massimo di 300 giorni
Diaria per gessatura	€ 100,00 al giorno per un massimo di 180 giorni
Diaria per inabilità temporanea	Vedi punto elenco A)

A) Qualora si verifichi un infortunio, la Società effettua il pagamento della somma giornaliera di € 100,00 per un massimo di 365 giorni da quello dell'infortunio regolarmente denunciato con le seguenti modalità:

- integralmente, per tutto il tempo in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle proprie occupazioni professionali;
- al 50% per tutto il tempo in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle sue occupazioni professionali;
- il computo dei giorni per il quale si riconosce l'indennizzo decorre dalle ore 24 del giorno dell'infortunio, se regolarmente denunciato, o in caso di ritardo dalle ore 24 del giorno della denuncia, dedotti n. 10 giorni di franchigia. L'indennizzo è dovuto anche per il periodo antecedente alla denuncia se vi è stato ricovero in istituto di cura e limitatamente ai giorni effettivi di ricovero, sempre dedotti n. 10 giorni di franchigia;
- la liquidazione dell'indennizzo viene effettuata considerando quale data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato medico regolarmente inviato, salvo rinnovo di certificati medici.

Franchigie: Nessuna.

Condizioni particolari valevoli per la categoria dirigenti

L'assicurazione si intende estesa anche alle malattie professionali intendendosi come tali quelle riconosciute per l'industria esercitata dalla Contraente dalla Legge infortuni di cui al DPR 1124/65 e successive modifiche intervenute fino alla stipulazione della polizza, che si manifestino nel corso della validità del presente contratto e producano la morte o riducano l'attitudine generica al lavoro in misura superiore al 50% anche se non comporti l'abbandono del lavoro.

A parziale deroga di quanto indicato all'art.2 – Criteri di indennizzabilità della Sezione 5, quando a seguito di infortunio o malattia professionale, 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.

Qualora un Assicurato della presente sezione/categoria fosse contemporaneamente assicurato anche in altra sezione/categoria della presente polizza e/o altra polizza/infortuni stipulata da altra società appartenente al Gruppo Veritas e con il medesimo assicuratore, in caso di sinistro l'indennizzo spettante verrà calcolato sulla base delle condizioni economicamente più favorevoli all'assicurato previste dalle rispettive sezioni/categorie. Pertanto devono considerarsi esclusi i cumuli di somme assicurate per le varie sezioni/categorie.

Art. 1.4 – Quadri

La polizza è efficace per le garanzie ed i massimali sotto riportati per i dipendenti appartenenti alla categoria Quadri sia per i rischi professionali connessi e correlati alle attività svolte, e sia per i rischi extraprofessionali (copertura 24 ore su 24) ivi compresi i rischi della circolazione su qualsiasi mezzo incluso aeromobili, nonché il rischio in itinere.

Si conviene che per l'identificazione degli assicurati e del loro effettivo mandato/funzione/carica faranno fede gli apposti atti del Contraente e delle Società Controllate.

La copertura si deve intendere efficace anche quando l'assicurato espliciti la propria attività quale Presidente o Amministratore di altra Società appartenente al Gruppo Veritas.

Garanzia	Somma assicurata pro capite
Caso Morte	5 volte la retribuzione annua lorda con il massimo di € 500.000,00
Caso Invalidità Permanente	6 volte la retribuzione annua lorda con il massimo di € 600.000,00
Rimborso spese mediche	Non prestata
Diaria per ricovero	Non prestata
Diaria per gessatura	Non prestata
Diaria per inabilità temporanea	Non prestata

Franchigie: Nessuna.

Qualora un Assicurato della presente sezione/categoria fosse contemporaneamente assicurato anche in altra sezione/categoria della presente polizza e/o altra polizza/infortuni stipulata da altra società appartenente al Gruppo Veritas e con il medesimo assicuratore, in caso di sinistro l'indennizzo spettante verrà calcolato sulla base delle condizioni economicamente più favorevoli all'assicurato previste dalle rispettive sezioni/categorie. Pertanto devono considerarsi esclusi i cumuli di somme assicurate per le varie sezioni/categorie.

Art. 1.5 – Dipendenti – Contratto FEDERGASACQUA

La polizza è efficace per le garanzie ed i massimali sotto riportati per i rischi professionali connessi e correlati alle attività svolte ivi compresi i rischi della circolazione su qualsiasi mezzo incluso aeromobili, nonché il rischio in itinere.

Si conviene che per l'identificazione degli assicurati e del loro effettivo mandato/funzione/carica faranno fede gli appositi atti del Contraente e delle Società Controllate.

Garanzia	Somma assicurata pro capite
Caso Morte	5 volte la retribuzione annua lorda con il massimo di € 400.000,00
Caso Invalidità Permanente	6 volte la retribuzione annua lorda con il massimo di € 480.000,00
Rimborso spese mediche	Non prestata
Diaria per ricovero	Non prestata
Diaria per gessatura	Non prestata
Diaria per inabilità temporanea	Non prestata

Franchigie: Nessuna.

Qualora un Assicurato della presente sezione/categoria fosse contemporaneamente assicurato anche in altra sezione/categoria della presente polizza e/o altra polizza/infortuni stipulata da altra società appartenente al Gruppo Veritas e con il medesimo assicuratore, in caso di sinistro l'indennizzo spettante verrà calcolato sulla base delle condizioni economicamente più favorevoli all'assicurato previste dalle rispettive sezioni/categorie. Pertanto devono considerarsi esclusi i cumuli di somme assicurate per le varie sezioni/categorie.

Art. 2 – Calcolo del premio e modalità di applicazione della regolazione

V.E.R.I.T.A.S. S.p.A.

	Parametro	Valore parametro €/procapite - ‰	Tasso/costo lordo parametro	Totale lordo
Art. 1.1	Numero assicurati	4		
Art. 1.2	Numero assicurati	1		
Art. 1.3	Retribuzioni annue lorde	€ 1.700.000,00		
Art. 1.4	Retribuzioni annue lorde	€ 3.300.000,00		
Art. 1.5	Retribuzioni annue lorde	€ 17.500.000,00		
			Sub Totale lordo	

ECOPROGETTO. S.p.A.

	Parametro	Valore parametro €/procapite - ‰	Tasso/costo lordo parametro	Totale lordo
Art. 1.1	Numero assicurati	4		
Art. 1.2	Numero assicurati	1		
Art. 1.3	Retribuzioni annue lorde			
Art. 1.4	Retribuzioni annue lorde	€ 330.000,00		
Art. 1.5	Retribuzioni annue lorde			
			Sub Totale lordo	

ECORICICLI S.p.A.

	Parametro	Valore parametro €/procapite - ‰	Tasso/costo lordo parametro	Totale lordo
Art. 1.1	Numero assicurati	4		
Art. 1.2	Numero assicurati	1		
Art. 1.3	Retribuzioni annue lorde	€ 100.000,00		
Art. 1.4	Retribuzioni annue lorde	€ 150.000,00		
Art. 1.5	Retribuzioni annue lorde			
			Sub Totale lordo	

ALISEA S.p.A.

	Parametro	Valore parametro €/procapite - ‰	Tasso/costo lordo parametro	Totale lordo
Art. 1.1	Numero assicurati	2		
Art. 1.2	Numero assicurati	1		
Art. 1.3	Retribuzioni annue lorde	€ 100.000,00		
Art. 1.4	Retribuzioni annue lorde	€ 145.000,00		
Art. 1.5	Retribuzioni annue lorde			
			Sub Totale lordo	

ASVO S.p.A.

	Parametro	Valore parametro €/procapite - ‰	Tasso/costo lordo parametro	Totale lordo
Art. 1.1	Numero assicurati	2		
Art. 1.2	Numero assicurati	1		
Art. 1.3	Retribuzioni annue lorde	€ 100.000,00		
Art. 1.4	Retribuzioni annue lorde	€ 300.000,00		
Art. 1.5	Retribuzioni annue lorde			
			Sub Totale lordo	

DATAREC S.r.l.

	Parametro	Valore parametro €/procapite - ‰	Tasso/costo lordo parametro	Totale lordo
Art. 1.1	Numero assicurati	2		
Art. 1.2	Numero assicurati	1		
Art. 1.3	Retribuzioni annue lorde	€ 70.000,00		
Art. 1.4	Retribuzioni annue lorde			
Art. 1.5	Retribuzioni annue lorde	€ 1.000.000,00		
			Sub Totale lordo	

ELIOS S.r.l.

	Parametro	Valore parametro €/procapite – ‰	Tasso/costo lordo parametro	Totale lordo
Art. 1.1	Numero assicurati	2		
Art. 1.2	Numero assicurati	1		
Art. 1.3	Retribuzioni annue lorde			
Art. 1.4	Retribuzioni annue lorde			
Art. 1.5	Retribuzioni annue lorde			
Sub Totale lordo				

VIER S.r.l.

	Parametro	Valore parametro €/procapite – ‰	Tasso/costo lordo parametro	Totale lordo
Art. 1.1	Numero assicurati			
Art. 1.2	Numero assicurati	1		
Art. 1.3	Retribuzioni annue lorde			
Art. 1.4	Retribuzioni annue lorde			
Art. 1.5	Retribuzioni annue lorde			
Sub Totale lordo				

Riepilogo premi per Società

Società	Sub totale lordo
V.E.R.I.T.A.S. S.p.A.	
Ecoprogetto S.p.A.	
Ecoricicli S.p.A.	
Alisea S.p.A.	
Asvo S.p.A.	
Datarec S.r.l.	
Elios S.r.l.	
Vier S.r.l.	
TOTALE	

Premio annuo imponibile	€	
Imposte	€	
TOTALE	€	

Si prende atto che il premio di polizza si intende così suddiviso:

- 60% per il rischio professionale
- 40% per il rischio extraprofessionale

Art. 3 – Riparto di coassicurazione

Il rischio viene ripartito tra le seguenti Società secondo le percentuali qui di seguito indicate:

Società	Agenzia	Percentuale di ritenzione

Art. 4 – Disposizione finale

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

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

STATUS	DATA DI ACCADIMENTO	RISERVATO	PAGATO	DESCRIZIONE
Chiuso	25/05/2012	€ 0,00	€ 0,00	INCIDENTE STRADALE
Chiuso	11/06/2012	€ 0,00	€ 0,00	DISTORSIONE
Chiuso	21/06/2012	€ 0,00	€ 0,00	INCIDENTE STRADALE/ROAD ACCIDENT
Chiuso	05/05/2014	€ 0,00	€ 0,00	DOLORE CARICANDO DELLE ATTREZZATURE SU UN AUTOCARRO. LOMBALGIA DA SFORZO
Chiuso	04/08/2014	€ 0,00	€ 0,00	LESIONI SEGUITO SX RCA. DISTORSIONE RACHIDE CERVICALE/CONTUSIONE LOMBARE
SS	15/08/2014	€ 0,00	€ 0,00	LESIONI SEGUITO SX RCA: TRAUMA CRANICO, DISTORSIONE RACHIDE CERVICALE
Aperto	18/09/2014	€ 5.000,00	€ 0,00	IL DIPENDENTE, ALLA GUIDA DEL VEICOLO AZIENDALE, VENIVA TAMPONATO DAL VEICOLO CHE LO SEGUI
Chiuso	15/08/2014	€ 0,00	€ 21.000,00	INCIDENTE AUTOMOBILISTICO-TRAUMA DISTORSIVO RACHIDE CERVICALE.
Chiuso	14/10/2014	€ 0,00	€ 5.751,00	Distorsione della colonna seguito a collisione tra auto veicoli.
Aperto	10/11/2014	€ 10.000,00	€ 0,00	Policontusioni durante l'orario di lavoro
Aperto	26/12/2014	€ 10,00	€ 0,00	DURANTE UNA DISCESA SUGLI SCI RIPORTO' FRATTURA GINOCCHIO DX
SS	07/02/2014	€ 0,00	€ 0,00	Frattura metafisi prossimale omero sin
Aperto	07/02/2015	€ 12.000,00	€ 0,00	Frattura metafisi prossimale omero sin
Aperto	24/01/2014	€ 10.000,00	€ 0,00	SCENDENDO DA UN NATANTE AZIENDALE SCIVOLAVA PROCURANDOSI UN TRAUMA DISTORSIVO AL GINOCCHIO
Chiuso	13/07/2012	€ 0,00	€ 0,00	MENTRE ERA ALLA GUIDA DI UN MEZZO DELLA SOCIETA', VENIVA TAMPONATO.
Chiuso	24/09/2012	€ 0,00	€ 36.771,00	INCIDENTE STRADALE MENTRE ERA IN SERVIZIO.
Chiuso	27/09/2012	€ 0,00	€ 0,00	INCIDENTE STRADALE IN SERVIZIO.
Chiuso	27/09/2012	€ 0,00	€ 4.046,00	INCIDENTE STRADALE IN SERVIZIO.
Chiuso	30/10/2012	€ 0,00	€ 178.075,00	INFORTUNIO MORTALE SUL LAVORO.
Chiuso	21/06/2012	€ 0,00	€ 0,00	CONDUCENTE DI UN VEICOLO AZIENDALE, VENIVA TAMPONATO MENTRE SI TROVAVA FERMO AD UN INCROCI
Chiuso	11/06/2012	€ 0,00	€ 6.439,00	IL DIPENDENTE, MENTRE ALZAVA UN FUSTO DI GRASSO, SI PROCURAVA UNA DISTORSIONE ALLA SPALLA
Chiuso	25/05/2012	€ 0,00	€ 11.245,00	MENTRE ERA IN AUTOSTRADA, VENIVA TAMPONATO DA UN ALTRA AUTOVETTURA.
Chiuso	18/12/2012	€ 0,00	€ 8.360,00	INCIDENTE STRADALE IN SERVIZIO.
Chiuso	11/12/2012	€ 0,00	€ 6.467,00	CONDUCENTE DEL VEICOLO AZIENDALE, RIMANEVA FERITO IN UN TAMPONAMENTO.
Chiuso	06/02/2013	€ 0,00	€ 14.172,00	IL DIPENDENTE DICHIARA CHE, RIPARANDO UN TRAPANO, SI PROCURAVA TRAUMA ALLA MANO SINISTRA C
Aperto	23/07/2013	€ 100,00	€ 0,00	MENTRE SOLLEVAVA UN'ASTA DI UNA SARACINESCA IDRAULICA, SI COLPIVA CON LA CHIAVE CONTRO L'AR
Aperto	15/08/2014	€ 5.000,00	€ 0,00	USCIVA DI STRADA CON LA SUA AUTO MENTRE PERCORREVA L'AUTOSTRADA PADOVA-BOLOGNA.
Aperto	04/08/2014	€ 10.000,00	€ 0,00	MENTRE ERA FERMO NEI PRESSI DI UNA ROTATORIA PER DARE LA PRECEDENZA ALLE AUTO IN TRANSITO
Aperto	15/08/2014	€ 7.425,00	€ 0,00	L'ASSICURATA ERA PASSEGGERA DI UN AUTO USCITA DI STRADA.

€ 59.535,00 € 292.326,00