



Azienda Ambientale di Pubblico Servizio S.p.A.



Comune di Livorno

LOTTO 3 CAPITOLATO SPECIALE

**COPERTURA ASSICURATIVA
INFORTUNI DEL PERSONALE E ALTRI SOGGETTI**

Polizza Infortuni n°

Tra: **A.Am.P.S. – Azienda Ambientale Pubblico Servizio SpA**

Partita I.V.A./C.F.: **01168310496**

con sede in : Via dell'artigianato, 39/B

e la Spett.le Compagnia Assicuratrice: _____

si stipula la presente:

POLIZZA INFORTUNI Numero

Contraente : **A.Am.P.S. – Azienda Ambientale Pubblico Servizio SpA**

Assicurato : Come da condizioni di polizza

Sede Legale : Via dell'artigianato, 39/B

Broker : Willis Italia S.p.A./Assiteca S.p.a.

Decorrenza della copertura : Ore 24:00 del **30/06/2018**

Scadenza della copertura : Ore 24:00 del **30/06/2021**

Tacito rinnovo (SI/NO - indicare): NO

DEFINIZIONI

Nel testo che segue, si intende per:

Amministrazione o Ente: Cosmari , Contraente della polizza;

Assicurato: il soggetto, persona fisica, il cui interesse e' protetto dalla assicurazione;

Contraente: il soggetto, persona giuridica, che stipula la assicurazione;

Attività dell'Amministrazione: L'esercizio delle attività e competenze previste e/o consentite e/o delegate da leggi, regolamenti o altri atti amministrativi, e le attività accessorie, complementari, connesse e collegate, preliminari e conseguenti alle principali, nessuna esclusa e comunque svolte, anche avvalendosi di strutture di terzi, e/o affidando a terzi l'utilizzo di proprie strutture;

Società: la Compagnia assicuratrice e le eventuali mandanti nonché, laddove presenti, le Agenzie delle stesse (in gestione diretta o in economia) alle quali viene assegnato il contratto;

Broker: il Broker vigente Willis Italia Spa/Assiteca Spa;

Assicurazione: il contratto di assicurazione;

Polizza: il documento che prova e regola la assicurazione;

Franchigia: la parte di danno che l'assicurato tiene a suo carico e che per ciascun sinistro viene dedotta dall'indennizzo. Nel caso di franchigia assoluta gli importi di danno inferiori alla franchigia non sono rimborsabili e quelli superiori sono ridotti della misura della franchigia;

Sinistro: l'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione;

Indennizzo: la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro;

Liquidazione del danno: la determinazione della somma rimborsabile a titolo di indennizzo;

Annualità assicurativa o periodo assicurativo: il periodo compreso tra la data di effetto e la data di prima scadenza annuale, o tra due date di scadenza annuale tra loro successive, o tra l'ultima data di scadenza annuale e la data di cessazione della assicurazione;

Infortunio: l'evento avvenuto per causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche o patologie oggettivamente constatabili;

Invalidita' permanente: la perdita della capacita' generica ad attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla propria professione (invalidita' assoluta), o la riduzione irrimediabile e definitiva della capacita' ad attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo (invalidita' parziale).

Inabilita' temporanea: l'impedimento temporaneo generale (inabilita' assoluta) o la limitazione (inabilita' parziale) all'esercizio delle attivita' svolte dall'assicurato.

Ospedale, clinica, casa o istituto di cura: la struttura autorizzata, in base alla normativa vigente, al ricovero di pazienti e/o alla assistenza sanitaria con degenza diurna; non rientrano in questa definizione le strutture termali, di convalescenza, di soggiorno, per le attivita' diverse da quelle di ricovero e/o di assistenza sanitaria;

Rischio professionale: l'evento o la patologia verificatosi durante o riconducibile allo svolgimento delle attivita' professionali e/o comunque riconducibile al rapporto con la Azienda;

Rischio extra-professionale: l'evento o la patologia verificatosi durante o riconducibile a situazioni di tempo o di luogo che non possono essere ricondotte al rischio professionale.

Retribuzioni :Per Retribuzione si intende quanto, al netto delle ritenute per oneri previdenziali a carico del Contraente, risultanti dai libri paga corrisposte al personale (INAIL e non INAIL), l'Assicurato effettivamente riceve a compenso delle sue prestazioni: oltre allo stipendio, tutti gli elementi costitutivi della retribuzione aventi carattere continuativo, ivi comprese le provvigioni, i premi di produzione ed ogni altro compenso ed indennita' anche se di ammontare non fisso, con esclusione di quanto percepito a titolo di rimborso spese e di emolumenti di carattere occasionale.

Per la determinazione della somma assicurata si considera retribuzione annua dell'Assicurato quella da lui percepita nei termini suddetti nei dodici mesi che precedono il mese in cui si è verificato il sinistro.

Per coloro che non hanno raggiunto l'anno di servizio, si considera retribuzione annua quella che si calcola moltiplicando per 365 la retribuzione media giornaliera attribuibile all'Assicurato dal giorno dell'assunzione sino al giorno del verificarsi dell'infortunio, tenendo conto anche dei giorni non lavorativi.

La Società ha diritto di effettuare verifiche e controlli per i quali il contraente è tenuto a fornire chiarimenti e la documentazione richiesta

[1] CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1: Durata del contratto

La copertura assicurativa ha effetto dalle ore 24.00 del 30/06/2018, e scadenza alle ore 24.00 del 30/06/2021, con scadenze annuali intermedie al 30 giugno di ciascun anno, e con espressa esclusione del tacito rinnovo.

Inoltre, alla scadenza del contratto è prevista una facoltà di proroga tecnica dell'assicurazione, dietro espressa richiesta del Contraente, che la Società è tenuta a concedere, per un periodo non superiore ad ulteriori 4 (quattro) mesi, da notificare all'Impresa da parte del Contraente entro 15 giorni dal termine del contratto.

Per tale periodo di proroga all'Impresa spetterà un importo di premio per ogni giorno di copertura che non potrà essere superiore a 1/365 del premio annuale di polizza.

E' facoltà di ciascuna delle parti rescindere il contratto in occasione di ogni scadenza annuale intermedia mediante comunicazione a mezzo raccomandata inviata dall'una all'altra parte almeno 60 (sessanta) giorni prima di tale scadenza; resta inteso che in caso di recesso notificato dalla Società al Contraente o dal Contraente alla Società, ai sensi del presente comma, il Contraente potrà richiedere un la proroga dell'assicurazione ai sensi del comma precedente per un periodo massimo di ulteriori 4 (quattro) mesi.

Resta inteso tra le parti che nel corso del periodo contrattuale possono intervenire revisioni delle condizioni normative e/o economiche, laddove emergano elementi tali da giustificare la loro variazione, secondo quanto previsto dall'art. 115 del D. Lgs. n. 163/2006 .

Art. 2: Gestione del contratto

La gestione e assistenza nell'esecuzione del contratto è affidata al Broker di assicurazione.

Anche ai sensi del D.Lgs. 209/05 Codice delle Assicurazioni e s.m.i., l'Amministrazione e la Società si danno reciprocamente atto che ogni comunicazione, così come definita, riguardante il presente contratto avverrà per il tramite del Broker indicato

Pertanto, tutti i rapporti inerenti il contratto, compreso il pagamento dei premi, avverranno per il tramite del Broker e la Società riconosce che il pagamento dei premi effettuato a favore del broker si intende come effettuato direttamente alla Società stessa ed è da considerarsi liberatorio per l'Amministrazione.

La Società riconosce inoltre al Broker un periodo di differimento per la corresponsione effettiva dei premi di sua competenza entro il decimo giorno lavorativo del mese successivo a quello in cui scade il termine di pagamento del premio o della rata di premio per la Amministrazione.

Al Broker verranno retrocesse dall'Impresa o dall'Agenzia mandataria dell'Impresa, provvigioni pari al 7% dei premi imponibili complessivamente pagati, atti di variazione e regolazioni premio comprese.

Art. 3: Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e buona fede

In deroga agli artt. 1892, 1893, 1894 e 1898 del Cod. Civ. si conviene che la mancata o inesatta comunicazione da parte del Contraente o dell'assicurato di circostanze che influiscono o avrebbero

potuto influire sulla valutazione del rischio da parte della Società, non comporta la decadenza del diritto all'indennizzo, sempreché la Contraente non abbia agito con dolo.

La Società ha la facoltà di richiedere la differenza di premio corrispondente al maggior rischio non valutato per effetto di circostanze non note, a decorrere dal momento in cui la circostanza si è verificata; il Contraente ha la facoltà di accettare o meno la richiesta di sovrappremio proposta dalla società, la quale potrà recedere dal contratto nei termini previsti dall'articolo - Recesso dal contratto.

Art. 4: Aggravamento del rischio

Il Contraente è tenuto a dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio (art. 1898 Cod. Civ.). Tuttavia, l'omissione o l'inesatta dichiarazione da parte del Contraente di circostanze eventualmente aggravanti il rischio, così come l'aggravamento del rischio conseguente a disposizioni di leggi, di regolamenti o di atti amministrativi, non pregiudicano il diritto al risarcimento dei danni, sempreché tali omissioni o inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo.

Resta inteso che la Società ha la facoltà di richiedere, una volta venuta a conoscenza delle circostanze aggravanti, la differenza di premio corrispondente al maggior rischio con effetto dalla data nella quale la conoscenza di tali circostanze è stata acquisita dalla Società; il Contraente ha la facoltà di accettare o meno la richiesta di sovrappremio proposta dalla società, la quale potrà recedere dal contratto nei termini previsti dall'articolo - Recesso dal contratto.

Art. 5: Diminuzione del rischio

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre proporzionalmente il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente (art. 1897 Cod. Civ.) e rinuncia al relativo diritto di recesso. Si conviene, altresì, che la diminuzione del premio conseguente a casi previsti da detto articolo, sarà immediata e la Società corrisponderà la relativa quota di premio pagata e non goduta, escluse le imposte, entro 60 giorni dalla comunicazione.

Art. 6: Cessazione del rischio

Nel caso di cessazione del rischio durante il periodo di validità dell'Assicurazione, il Contraente è tenuto a comunicare alla Società la cessazione medesima; se il rischio cessa nel corso dell'annualità assicurativa, la Società rimborserà l'eventuale rateo di premio pagato e non goduto (al netto delle imposte) al Contraente dalla data della predetta comunicazione di cessazione; viceversa il Contraente corrisponderà quanto eventualmente tenuto a pagare alla Società sino alla data di cessazione, ratei e regolazioni comprese.

Art. 7: Riferimento alle norme di legge - Foro competente

Per quanto non previsto dalle presenti condizioni contrattuali valgono unicamente le norme stabilite dalla legge italiana, alla quale si fa rinvio per tutto quanto non è qui diversamente regolato. Per le controversie riguardanti l'applicazione del contratto, è competente in via esclusiva il Foro del luogo di residenza o sede del Contraente.

Art. 8: Pagamento del premio - Termini di rispetto

Anche in deroga al disposto dell'art. 1901 Codice Civile, l'Amministrazione pagherà alla Società, per il tramite del broker, i premi o e rate di premio spettante entro i 90 giorni successivi all'effetto dell'assicurazione, nonché suoi rinnovi, proroghe.

Nel caso di variazioni contrattuali o regolazioni onerose, il termine di cui al paragrafo che precede decorre dalla data di ricevimento della variazione o della regolazione premio da parte del Contraente. Trascorsi senza esito i termini sopra indicati, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 dell'ultimo giorno utile e riprende la sua efficacia dalle ore 24 del giorno di pagamento del premio, ferme restando le scadenze contrattuali convenute.

Qualora le eventuali verifiche effettuate dal Contraente presso Equitalia Servizi S.p.A., ai sensi del Decreto Ministeriale n. 40 del 18/01/2008 e della Circolare del Ministero dell'Economia e delle Finanze n. 22 del 29/07/2008, evidenziassero un inadempimento a carico della Società, la Società stessa da atto che l'Assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuate dal Contraente ai sensi di legge, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 (trenta) giorni di cui all'art. 3 del Decreto sopra citato.

Inoltre il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'art. 72 bis del DPR 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 c.c. nei confronti della Società stessa.

Art. 9: Facoltà di recesso

La Società ha facoltà di recedere dal contratto nei casi preposti agli articoli - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio - e - Aggravamento del rischio.

Inoltre, dopo ogni sinistro e sino al sessantesimo (60°) giorno successivo alla sua definizione, è facoltà delle parti – contraente e società - recedere dall'assicurazione mediante comunicazione all'altra parte con lettera raccomandata A.R.

In tale caso la copertura assicurativa rimarrà efficace per ulteriori 120 giorni dalla data di notifica del recesso.

La Società rimborserà al Contraente entro 30 giorni dall'effetto del recesso, il rateo di premio pagato e non goduto, escluse le imposte, dalla data di cessazione dell'assicurazione.

Qualora nel periodo intercorrente tra la formalizzazione del recesso mediante raccomandata, e il termine di cessazione dell'assicurazione ricada una scadenza di pagamento del premio, alla Società spetterà il rateo di premio intercorrente tra la data della scadenza del premio e il termine dell'assicurazione.

Resta inteso che, in caso di recesso anticipato dal contratto, i limiti aggregati annui delle franchigie (se previsti) andranno ridotti in proporzione al periodo di anticipata risoluzione della garanzia di polizza.

Art. 10: Interpretazione del contratto

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

Art. 11: Coesistenza di altre assicurazioni

L'Amministrazione e gli assicurati sono esonerati dall'obbligo di comunicare alla Società la esistenza e /o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio.

In caso di sinistro, l'Amministrazione e gli assicurati devono darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri ai sensi dell'art. 1910 Cod. Civ.; la Società rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 12: Rinuncia alla rivalsa

Le prestazioni del contratto sono efficaci anche qualora il sinistro sia causato da comportamenti colposi dell'Assicurato ai sensi dell'art. 1900 C.C.. La Società rinuncia al diritto di surrogazione che le compete ai sensi dell'art. 1916 C.C., salvo il caso di dolo, nei confronti del Contraente e dell'Assicurato.

Art. 13: Validità territoriale

L'assicurazione vale in tutto il mondo. Gli eventuali indennizzi saranno corrisposti in Italia e in Euro.

Art. 14: Assicurazione per conto di chi spetta

La presente polizza è stipulata dal Contraente in nome proprio e/o nell'interesse di chi spetta.

Art. 15: Informativa sui sinistri

La Società si impegna a fornire al Contraente e/o al Broker incaricato, con cadenza quantomeno annuale, e in ogni caso sei mesi prima della scadenza del contratto, qualificati resoconti sullo stato dei sinistri denunciati sul presente contratto ed in formato digitale (Excel o equipollente), che comprendano i seguenti indispensabili elementi:

- a. n° di riferimento o repertoriazione attribuito dalla Compagnia;
- b. data dell'evento;
- c. indicazione dell'Amministrazione interessata dal danno, ovvero l'Ente assicurato riportato in ciascuna scheda attuativa;
- d. nominativo del danneggiato e/o controparte interessata (se del caso);
- e. stato del sinistro (ovvero l'indicazione di liquidato, riservato o senza seguito);
- f. importo liquidato e/o riservato.

Art. 16: Partecipazione delle Società – Associazione temporanea di imprese

(operante se del caso)

Il servizio assicurativo di cui alla presente polizza è effettuato dalle Compagnie assicuratrici componenti la Associazione Temporanea di Imprese:

- ⇒ Compagnia ... Società mandataria
- ⇒ Compagnia ... Società mandante
- ⇒ Compagnia ... Società mandante

Il termine "Società" indica quindi tutte e ciascuna delle Compagnie assicuratrici costituenti l'Associazione Temporanea di Imprese.

La Società mandante riconosce come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti compiuti dalla Società mandataria per conto comune.

Le Società convengono che l'incasso dei premi di polizza avverrà per il tramite del broker, che provvederà a corrisponderlo a ciascuna Società secondo le rispettive quote percentuali di partecipazione alla Associazione Temporanea di Imprese:

- ⇒ Compagnia ... Quota xx%
- ⇒ Compagnia ... Quota xx%
- ⇒ Compagnia ... Quota xx%

Art. 17: Riparto di coassicurazione e delega (NON OPERANTE)

L'assicurazione è ripartita tra le Società assicuratrici elencate nel "Riparto" che segue, in base alle rispettive quote percentuali indicate.

Il termine "Società" indica quindi tutte e ciascuna delle Compagnie assicuratrici elencate nel "Riparto".

Ciascuna Società è tenuta alla prestazione in proporzione della rispettiva quota, esclusa ogni responsabilità solidale.

Le Compagnie coassicuratrici riconosceranno come validi ed efficaci anche nei propri confronti, tutti gli atti compiuti dalla Compagnia delegataria per conto comune.

Tutte le comunicazioni inerenti al contratto, ivi comprese quelle relative al recesso ed alla disdetta, devono trasmettersi dall'una all'altra parte unicamente per il tramite della Compagnia Coassicuratrice Delegataria e del Contraente.

Ogni comunicazione data o ricevuta dalla Delegataria si intende data o ricevuta nel nome e per conto di tutte le Coassicuratrici.

I premi di polizza verranno corrisposti dal Contraente al Broker che li rimetterà unicamente alla Compagnia Delegataria per conto di tutte le Coassicuratrici.

Con la firma della presente polizza o dell'offerta economica in sede di gara, le Coassicuratrici danno mandato alla Società Delegataria a firmare i successivi documenti di modifica anche in loro nome e per loro conto; pertanto la firma apposta dalla società Delegataria rende validi ad ogni effetto i successivi documenti anche per le coassicuratrici.

- ⇒ Compagnia ... Quota ... % - Delegataria
- ⇒ Compagnia ... Quota ... %
- ⇒ Compagnia ... Quota ... %

Art. 18: Trattamento dei dati

Ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003, ciascuna delle parti (Contraente, Assicurato, Società) consente il trattamento dei dati personali rilevabili dalla polizza o che ne derivino, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali.

Art. 19: Tracciabilità dei flussi finanziari

La Società assicuratrice, la Società di brokeraggio assicurativo, nonché ogni altra Impresa a qualsiasi titolo interessata al presente contratto (cd filiera) , sono impegnate a osservare gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari in ottemperanza a quanto previsto dalla Legge 13 agosto 2010 n. 136 e s.m.i. .

I soggetti di cui al paragrafo che precede sono obbligati a comunicare alla Stazione appaltante gli estremi identificativi dei conti correnti bancari o postali dedicati, anche se in via non esclusiva, alle movimentazioni finanziarie relative al presente contratto, unitamente alle generalità e al codice fiscale dei soggetti abilitati ad operare su tali conti correnti.

Tutte le movimentazioni finanziarie di cui al presente contratto dovranno avvenire – salve le deroghe previste dalla normativa sopra citata - tramite bonifico bancario o postale (Poste Italiane SpA) e riportare, relativamente a ciascuna transazione, il Codice Identificativo di Gara (CIG) o, qualora previsto, il Codice Unico di Progetto (CUP) comunicati dalla Stazione appaltante.

Il mancato assolvimento degli obblighi previsti dall'art. 3 della citata Legge n. 136/2010 costituisce causa di risoluzione del contratto, ai sensi dell'art. 1456 cc e dell'art. 3, c. 8 della Legge.

Art. 20: Disposizione finale

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

La firma apposta dalla Contraente su modelli a stampa forniti dalla Società Assicuratrice vale solo quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio tra le Società partecipanti alla associazione temporanea di imprese (se esistente) o alla coassicurazione (se esistente).

Art. 21: Clausole vessatorie

L'indicazione delle clausole che necessitano della specifica approvazione per iscritto ex artt. 1341 e 1342 del c.c. è a carico della Società, che dovrà provvedervi in sede di predisposizione della polizza.

Art. 22: Costituzione del premio e regolazione

Il premio di polizza è calcolato moltiplicando i premi unitari convenuti per i numeri corrispondenti indicati alla voce "parametri di riferimento" nella scheda di conteggio del premio.

Il premio risulta costituito da una rata pagata anticipatamente calcolata sulla base dei dati forniti al perfezionamento del Contratto di Assicurazione, e da regolazioni annuali (attive o passive) calcolate sulla base dei dati consuntivi.

L'Azienda fornirà quindi alla Società entro i 90 giorni successivi alla scadenza di ogni periodo assicurativo, ai fini della regolazione del premio dell'annualità precedente, le variazioni numeriche intervenute per ciascun gruppo assicurato, compresi quelli riferiti ai gruppi per i quali il numero riportato alla data di decorrenza del contratto o all'inizio di ogni annualità sia pari a zero.

Trascorso senza esito il termine sopra indicato, la Società è tenuta ad inviare una comunicazione scritta di sollecito; trascorsi senza esito anche i 30 giorni successivi al ricevimento di tale comunicazione, l'assicurazione resta sospesa nei confronti della Azienda inadempiente, e per essa riprende la sua efficacia dalle ore 24 del giorno di avvenuta comunicazione scritta di tali dati.

A polizza scaduta, la Società non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

Qualora nel corso dell'annualità assicurativa intervengano variazioni del numero di assicurati per inclusioni o esclusioni, queste si intendono automaticamente efficaci ed assicurate senza l'obbligo della preventiva comunicazione e saranno soggette a conguaglio al termine dell'annualità stessa; si intendono pertanto operanti anche le garanzie riferite ai gruppi per i quali il parametro iniziale sia pari a zero.

Per "parametri di riferimento" si intendono quelli richiamati a seguire all'interno di ogni categoria. La Azienda è esonerata dalla preventiva denuncia delle generalità degli assicurati, per la identificazione dei quali si farà riferimento ai documenti ufficiali in possesso della stessa.

[2] RISCHI INDENNIZZABILI

Art. 23: Soggetti assicurati

Sono assicurati i soggetti rientranti nelle categorie richiamate in calce al presente contratto al successivo punto 4

Art. 24: Oggetto dell'assicurazione

La garanzia è prestata per gli infortuni subiti dall'Assicurato nei termini e limiti indicati **alle singole Categorie** anche se cagionati, a parziale deroga dell'articolo 1900 del Codice Civile, da colpa grave dell'Assicurato stesso, della Contraente e/o del Beneficiario.

Art. 26: Estensioni della copertura

L'assicurazione comprende anche – a titolo esemplificativo e non limitativo - gli infortuni conseguenti a o derivanti da:

- ◇ imprudenze e negligenze anche gravi
- ◇ malore ed incoscienza, purché non determinati da uso di sostanze stupefacenti o simili assorbite per scopi non terapeutici
- ◇ tumulti popolari, atti di pirateria, atti terroristici, aggressioni, atti violenti qualunque ne sia il movente purché avvenuti sul territorio italiano, compresi Città del Vaticano e S.Marino.
- ◇ calamità naturali; solo per il punto in parola, nel caso di infortunio che riguardi contemporaneamente più persone assicurate in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo a carico della Società non potrà superare l'importo di € 10.000.000,00 (diecimilioni/00) per anno assicurativo e per singola Azienda. Le parti convengono inoltre che per tutte le polizze Infortuni stipulate tra le Aziende e la Società, il limite massimo di indennizzo riferito alla presente garanzia non potrà essere superiore ad euro 20.000.000,00 (ventimilioni/00) per ciascuna annualità assicurativa. Superando detti limiti, gli indennizzi spettanti a ciascun Assicurato verranno ridotti proporzionalmente. Qualora le indennità liquidabili ai sensi di polizza eccedessero nel loro complesso tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.
- ◇ stati di guerra (dichiarata o non dichiarata) per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero in un Paese sino ad allora non in stato di guerra,

nonché:

- ◇ l'annegamento ed asfissia di natura accidentale
- ◇ l'avvelenamento da ingestione o l'assorbimento subitaneo di sostanze nocive
- ◇ il contatto con corrosivi
- ◇ le lesioni, compresa l'ernia ma esclusi gli infarti, determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico
- ◇ la folgorazione, i colpi di sole o di calore, l'assideramento o il congelamento
- ◇ le influenze termiche e atmosferiche

◇ i morsi di animali o punture di insetti.

L'assicurazione è estesa alle ernie da causa violenta nonché alle lesioni muscolari da sforzo, con l'intesa che:

a. nel caso di ernia operata o operabile viene riconosciuto un indennizzo per il caso di inabilità temporanea fino a un massimo di 30 giorni;

b. nel caso di ernia non operabile viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 10% (dieci per cento) della somma assicurata caso di Invalidità Permanente.

Nel caso insorga una contestazione circa la natura e l'operabilità dell'ernia la decisione è rimessa al Collegio Medico di cui all'Articolo "Controversie sulla definizione del danno".

Art. 27: Morte

Se, dopo il pagamento di una indennità per invalidità permanente, ma entro 2 (due) anni da quello dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai Beneficiari la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore, e non chiede il rimborso nel caso contrario.

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato, questa si verifichi entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto e qualora in polizza non siano indicati i nominativi dei Beneficiari, la Società liquida la somma assicurata per il caso di morte in parti uguali fra i Beneficiari designati, o in difetto di designazione, agli eredi dell'assicurato in parti uguali. In caso di premorienza o commorienza dei beneficiari designati la somma sarà liquidata agli eredi.

Qualora il decesso avvenga in una località diversa da quella della sede di lavoro o della residenza dell'Assicurato, la Società rimborserà altresì fino alla concorrenza di euro 2.000,00 (euro duemila/00) le spese necessarie per il trasporto della salma fino alla residenza dell'Assicurato.

Art. 28: Morte presunta

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

Art. 29: Invalidità permanente

Se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente, la Società liquida per tale titolo, l'indennità calcolandola sulla somma assicurata secondo le percentuali previste dalla "Tabella per l'industria allegata al Regolamento per l'esecuzione del D.P.R. 30 giugno 1965 N.1124" e successive modifiche.

La Società rinuncia all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla Legge stessa in caso di infortunio.

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

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

Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti, l'indennità viene stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al limite massimo del 100%. Per la singole falangi terminali delle dita, escluso il pollice, si considera Invalidità Permanente soltanto l'asportazione totale.

L'indennità per la perdita funzionale od anatomica di una falange del pollice è stabilita nella metà, per la perdita anatomica di una falange dell'alluce nella metà e per quella di una falange di qualunque altro dito in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella Tabella D.P.R. 30 giugno 1965 N.1124 l'indennità è stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi elencati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla sua professione.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali sopraindicate sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute, senza obbligo per la Contraente di denuncia dei difetti fisici, infermità o mutilazioni da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione del contratto o che dovessero in seguito sopravvenire. 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'indennizzo per invalidità permanente è liquidato per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra.

Resta comunque convenuto che l'invalidità permanente di grado pari o superiore al 50% (cinquanta per cento), conseguente ad infortunio indennizzabile a termini di polizza, verrà indennizzata al 100% (cento per cento) della somma assicurata.

Il diritto all'indennità per invalidità permanente è di carattere personale, quindi non è trasmissibile agli eredi, salvo quanto previsto all'art.3 che precede.

Art. 30: Inabilità temporanea

In caso di infortunio che abbia per conseguenza una inabilità temporanea, la indennità giornaliera sarà erogata – indipendentemente da eventuali indennizzi dovuti in virtù di altre garanzie previste dalla polizza – a decorrere dal giorno successivo a quello in cui si verifica l'infortunio e fino al giorno precedente quello della avvenuta guarigione, con riduzione al 50% per il periodo durante il quale la inabilità è stata parziale.

L'indennizzo viene corrisposto per un periodo massimo di 300 giorni ed è cumulabile con quelli dovuti per Morte, Invalidità Permanente e Diaria da ricovero.

Si intenderanno applicabili le franchigie previste dagli ACN vigenti e dalla normativa vigente.

Art. 31 : Rimborso spese mediche da infortunio

Qualora espressamente richiamata, nella relativa Categoria, la voce “Rimborso Spese Mediche da Infortunio” la Società, in caso d’infortunio indennizzabile a termini di polizza rimborsa, fino alla concorrenza per evento e anno assicurativo dell’importo indicato per questo caso alla voce Capitali Assicurati di cui alla Tabella per il conteggio del premio, le spese sostenute quali, a titolo esemplificativo e non limitativo:

- ◇ spese di ricovero, rette di degenza,
 - ◇ onorari dei chirurghi e dell’equipe operatoria,
 - ◇ uso della sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi terapeutici, protesici e endoprotesi applicati durante l’intervento,
 - ◇ esami, esami di laboratorio, accertamenti diagnostici,
 - ◇ trattamenti fisioterapici e rieducativi, bagni, forni e altre cure mediche occorrenti,
 - ◇ trasporto dell’assicurato in ospedale o in clinica e il ritorno a casa effettuato con ambulanza e/o mezzi speciali di soccorso,
 - ◇ prestazioni mediche e infermieristiche, medicinali, sangue, plasma, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari e attrezzature similari.

Sono comprese le spese per cure, interventi chirurgici ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre o eliminare le conseguenze di danni estetici provocati da infortunio.

Qualora l’Assicurato venga ritenuto non curabile nell’ambito della organizzazione ospedaliera del luogo ove è avvenuto l’infortunio, la Società rimborsa inoltre fino alla concorrenza di euro 3.000,00 (euro tremila/00) le spese di trasferimento con il mezzo più idoneo al centro ospedaliero attrezzato per la cura dell’Assicurato più vicino alla sua residenza.

La Società effettuerà i rimborsi, previa presentazione dei documenti giustificativi di spesa in originale, a cura ultimata.

Si precisa che fra le spese rimborsabili di cui sopra sono compresi i “ticket” pagati per le prestazioni usufruite dal S.S.N.

Art. 32: Limite massimo di indennizzo

Per ciascuna Azienda, in caso di infortunio sofferto contemporaneamente da più Assicurati a causa del medesimo evento il limite massimo di indennizzo a carico della Società non potrà essere superiore a euro 20.000.000,00 (ventimilioni/00). Superando detto limite, gli indennizzi spettanti a ciascun Assicurato verranno ridotti proporzionalmente.

In nessun caso la Società sarà tenuta a pagare per singolo sinistro, e per il Complesso delle Aziende Assicurate importo superiore ad € 50.000.000,00 (cinquantamilioni/00)

Art. 33: Rischio volo

In caso di infortunio subito in occasione di viaggio aereo (comprese le fasi di imbarco e di sbarco e intendendo in garanzia il viaggio solo se effettuato dall’assicurato in qualità di passeggero a bordo

di velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linea aerea regolare e non regolare, di aerotaxi, di Autorità civili e militari in occasione di traffico civile, di ditte e privati – esclusi aeroclubs - per attività turistica e di trasferimento, nonché di società di lavoro aereo durante il trasporto pubblico di passeggeri, nonché durante le attività di emergenza sanitaria- trasporto sanitario - elisoccorso), la somma degli indennizzi spettanti non potrà superare complessivamente per aeromobile l'importo di euro 10.000.000,00 (diecimilioni/00); superando questo limite, le indennità spettanti verranno proporzionalmente ridotte;

Con riferimento a tale rischio aeronautico e a parziale deroga di quanto previsto dall'art. "Estensioni di copertura" relativamente alla efficacia della stessa relativamente agli stati di guerra, si conviene tra le parti che la copertura assicurativa è efficace anche per i sorvoli e/o le soste non voluti dall'assicurato in zone in stato di guerra (per guasti, dirottamenti o altre circostanze similari).

Art. 34: Malattie professionali

In virtù di Accordi Collettivi Nazionali (A.C.N.), la dove prevista, l'assicurazione viene estesa anche alle malattie professionali, che siano insorte nel corso della validità del presente contratto, intendendosi come tali quelle attualmente previste nella tabella allegato n. 4 al D.P.R. 30/6/1965 n. 1124 e successive modificazioni e con la franchigia relativa ivi prevista, con l'intesa che gli indennizzi stessi saranno pagati in capitale anziché in rendita.

Qualora in conseguenza di malattia professionale o di infortunio, l'attitudine al lavoro dell'Assicurato risulti permanentemente ridotta in modo tale da non consentire la prosecuzione del rapporto di impiego con analoghe mansioni, la somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente verrà liquidata al 100%.

Art. 35: Rischio in itinere

La garanzia è operante, laddove indicato, per il "rischio in itinere" e cioè per gli infortuni che si verifichino a causa e/o in occasione di tutti i trasferimenti, con qualsiasi mezzo di locomozione ed anche a piedi da e per l'abitazione, anche occasionale, dell'Assicurato ed il suo normale luogo di lavoro o qualsiasi altro luogo, ove l'Assicurato si rechi a svolgere la propria attività, mansione o incarico per conto della Contraente.

[3] NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO

Art. 36: Denuncia dei sinistri

La denuncia del sinistro verrà effettuata per iscritto dalla Azienda, per il tramite del broker, entro trenta giorni dall'evento o da quando l'Ufficio Assicurazioni della stessa ne abbia avuto documentata e formale conoscenza, e conterrà l'indicazione del giorno, luogo e ora dell'evento, la descrizione delle cause che lo determinarono, l'indicazione dei nominativi di eventuali testimoni, nonché tutti gli elementi atti a consentire una adeguata ricostruzione dell'evento, e sarà corredata dalle certificazioni mediche e ogni ulteriore documentazione necessaria.

L'assicurato o gli aventi diritto devono consentire le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dalla Società.

Inoltre, e sempre a questo scopo, l'assicurato si obbliga a liberare dal segreto professionale i medici curanti o dallo stesso interessati.

Qualora l'evento abbia causato la morte dell'assicurato o quando questa intervenga durante il periodo di cura, deve esserne dato prima possibile avviso a mezzo telefax o posta elettronica alla Società.

Art. 37: Modalità per la liquidazione dell'indennità

La Società, ricevuto il certificato medico di guarigione o l'atto di morte, provvederà al pagamento delle indennità entro 60 giorni dal ricevimento di tali documenti.

La Società effettua il rimborso delle spese mediche di cui al punto 4. dell'art. "Liquidazione del danno" a cura ultimata e previa presentazione dei documenti giustificativi di spesa in originale.

Qualora l'infortunio indennizzabile ai sensi di polizza comporti una invalidità permanente di grado superiore al 20% (ventiprocento), la Società porrà a disposizione dell'infortunato un terzo della indennità corrispondente al danno al momento valutato, con riserva di successivo accertamento e conguaglio; il pagamento di tale anticipazione avverrà entro 30 giorni dal ricevimento, da parte della Società, della certificazione medica da cui risulti l'entità presunta della invalidità.

Art. 38: Controversie sulla definizione del danno

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

Qualora l'assicurato non intenda accettare la proposta pervenuta, la valutazione delle conseguenze attribuibili all'evento verrà, su domanda dello stesso, deferita ad un collegio di tre periti nominati uno dalla Società assicuratrice, uno dall'assicurato ed il terzo in accordo fra i primi due o, in difetto, dal Presidente del Tribunale del Foro ove ha sede la Azienda. Il collegio peritale eleggerà la propria residenza presso la sede della Azienda.

I periti, tenendo presenti le condizioni negoziali contenute nel presente contratto, decideranno a maggioranza.

La loro decisione sarà impegnativa per le parti ed inappellabile anche in eventuale mancanza di sottoscrizione del perito dissenziente.

[4] CATEGORIE ASSICURATE

La presente polizza viene stipulata per tutte le categorie, di seguito riportate, per le quali il Contraente ha 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.

Le categorie identificate nella relativa scheda si devono intendere automaticamente coperte laddove sia indicato il valore del parametro e pertanto non si farà luogo ad alcuna comunicazione da parte del Contraente ritenendosi gli Assicurati coperti fin dalla decorrenza della presente polizza.

Categoria a) – Dirigenti

EFFICACIA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

La garanzia deve intendersi prestata senza limiti temporali in occasione o in conseguenza dell'espletamento del loro mandato o ad attività ad esso correlate, compresi quindi i trasferimenti, le missioni e il rischio in "itinerare" così come disciplinato dal precedente art.11 "Rischio in itinerare" ;

SOMME ASSICURATE PRO – CAPITE:

Morte	5 X R.A.L.
Invalità Permanente	6 X R.A.L.

PARAMETRO DI RIFERIMENTO: Multiplo della retribuzione annua lorda;

FRANCHIGIE

Nessuna Franchigia graverà su questa Categoria

Categoria b) – Amministratori

EFFICACIA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

La garanzia deve intendersi prestata senza limiti temporali in occasione o in conseguenza dell'espletamento del loro mandato o ad attività ad esso correlate, compresi quindi i trasferimenti, le missioni e il rischio in "itinerare" così come disciplinato dal precedente art.11 "Rischio in itinerare" ;

SOMME ASSICURATE PRO – CAPITE:

Morte	€	200.000,00
Invalità Permanente	€	200.000,00

PARAMETRO DI RIFERIMENTO: numero complessivo;

FRANCHIGIE

Nessuna Franchigia graverà su questa Categoria

CAPITALI ASSICURATI

Destinatari dell'assicurazione	Capitali assicurati euro		
	Caso Morte	Invalidità Permanente	Rimborso Spese
1) Dirigenti amministrativi	5 X R.A.L. max 1.400.000,00	6 X R.A.L. max 1.700.000,00	€ 5.000,00
2) Amministratori	200.000,00	200.000,00	€ 5.000,00

CONTEGGIO DEL PREMIO DI POLIZZA

Retribuzioni erogate – preventive Euro

		Aliquota promille	Premio imp.le
1) Dirigenti	270.000,00		



Azienda Ambientale di Pubblico Servizio S.p.A.



Comune di Livorno

	<u>Numero persone assicurate</u>		
2) Amministratori	2		
Totale premio imponibile		Euro	..
Imposte		Euro	..
Totale premio lordo annuo		Euro	..
Totale premio imponibile		euro	..
Imposte		euro	..
Totale premio lordo annuo		euro	..

PAGINA DA **NON** COMPILARE IN SEDE DI OFFERTA