

Allegato 5.2.3 – Schema Capitolato speciale di Polizza Lotto 2 ambito 2.3

## **Aci Informatica S.p.A.**

CAPITOLATO TECNICO DI POLIZZA  
LOTTO 2 AMBITO 2.3

COPERTURA ASSICURATIVA  
INFORTUNI CUMULATIVA  
PROFESSIONALI ED EXTRA PROFESSIONALI

CIG 766560408A

Tra: Aci Informatica S.p.A.  
Partita I.V.A./C.F.: 00883311003  
con sede in : Via Fiume delle Perle 24 – 00144 Roma  
e la Spett.le Compagnia Assicuratrice: \_\_\_\_\_

si stipula la presente

**POLIZZA INFORTUNI N. \_\_\_\_\_**

Contraente : ACI Informatica S.p.A.  
Sede Legale : Via Fiume delle Perle 24 – 00144 Roma  
Broker : Willis Italia S.p.A.  
Decorrenza della copertura : Ore 24:00 del 31/12/2018  
Scadenza della copertura : Ore 24:00 del 31/12/2021  
Scadenze annuali: Ore 24:00 del 31/12  
Frazionamento: annuale  
Regolazione premio: SI  
Tacito rinnovo : NO

## INDICE

<b>SEZIONE 1 - DEFINIZIONI</b>	
<b>SEZIONE 2 - CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE</b>	
Art. 2.1	- Durata del contratto - Facoltà di recesso
Art. 2.2	- Gestione del contratto
Art. 2.3	- Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e buona fede
Art. 2.4	- Diminuzione del rischio
Art. 2.5	- Dolo e colpa grave
Art. 2.6	- Pagamento del premio - Termini di rispetto
Art. 2.7	- Retribuzione
Art. 2.8	- Regolazione del premio
Art. 2.9	- Recesso in caso di sinistro
Art. 2.10	- Assicurazione presso diversi Assicuratori – Altre assicurazioni
Art. 2.11	- Forma delle comunicazioni
Art. 2.12	- Interpretazione del contratto
Art. 2.13	- Persone non assicurabili
Art. 2.14	- Rinuncia alla rivalsa
Art. 2.15	- Obbligo di documentazione dei sinistri
Art. 2.16	- Validità territoriale
Art. 2.17	- Oneri fiscali
Art. 2.18	- Rinvio alle norme di legge
Art. 2.19	- Foro Competente
Art. 2.20	- Tracciabilità dei flussi finanziari
Art. 2.21	- Obblighi della Contraente
Art. 2.22	- Disposizione finale
Art. 2.23	- Trattamento dei dati
Art. 2.24	- Misure restrittive (Sanctions Limitations Exclusion Clause)
Art. 2.25	- Partecipazione delle Società – Associazione Temporanea di Imprese
<b>SEZIONE 3 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI</b>	
Art. 3.1	- Oggetto e operatività dell'Assicurazione
Art. 3.2	- Precisazioni
Art. 3.3	- Assicurati
Art. 3.4	- Beneficiari
Art. 3.5	- Esclusioni
Art. 3.6	- Rischio volo
Art. 3.7	- Morte presunta
Art. 3.8	- Coma irreversibile
<b>SEZIONE 4 - CONDIZIONI AGGIUNTIVE</b>	
Art. 4.1	- Indennità speciale per menomazioni estetiche
Art. 4.2	- Eventi bellici
Art. 4.3	- Invalidità permanente parziale maggiorata
Art. 4.4	- Rottura dei denti
Art. 4.5	- Ernie addominali da sforzo
Art. 4.6	- Malattie professionali
Art. 4.7	- Morte di entrambe i coniugi
Art. 4.8	- Aumento della somma assicurata in caso di morte dell'assicurato per determinate cause
Art. 4.9	- Rimborso spese mediche

Art. 4.10	- Rimpatrio della salma
Art. 4.11	- Rischio in itinere
<b>SEZIONE 5 - NORME CHE REGOLANO LA GESTIONE DEI SINISTRI</b>	
Art. 5.1	- Denuncia del sinistro e obblighi relativi
Art. 5.2	- Criteri di liquidazione
Art. 5.3	- Invalidità permanente
Art. 5.4	- Franchigia per Invalidità permanente
Art. 5.5	- Pagamento dell'indennizzo
Art. 5.6	- Cumulo di indennità
Art. 5.7	- Esonero dall'obbligo di denuncia di mutilazioni o difetti preesistenti
Art. 5.8	- Controversie sulla valutazione del danno
<b>SEZIONE 6 - SOMME ASSICURATE E CALCOLO DEL PREMIO</b>	
Art. 6.1	- Somme assicurate
Art. 6.2	- Limite catastrofale
Art. 6.3	- Calcolo del premio

**SEZIONE 1 - DEFINIZIONI**

Nel testo che segue, si intende per:

<b>Annualità assicurativa periodo assicurativo:</b>	o 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.
<b>Assicurato:</b>	il personale dirigente, quadri e impiegati alle dipendenze della Contraente.
<b>Assicurazione:</b>	il contratto di assicurazione.
<b>Beneficiario:</b>	la persona avente diritto.
<b>Broker:</b>	Willis Italia S.p.A..
<b>Contraente:</b>	Aci Informatica S.p.A..
<b>Franchigia:</b>	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.
<b>Indennizzo:</b>	la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
<b>Infortunio:</b>	l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.
<b>Invalidità permanente:</b>	la perdita della capacità generica ad attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla propria professione (invalidità assoluta), o la riduzione irrimediabile e definitiva della capacità ad attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo (invalidità parziale).
<b>Liquidazione del danno:</b>	la determinazione della somma rimborsabile a titolo di indennizzo.
<b>Ospedale, clinica, casa o istituto di cura:</b>	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 attività diverse da quelle di ricovero e/o di assistenza sanitaria.
<b>Polizza:</b>	il documento che prova e regola l'assicurazione.
<b>Premio:</b>	la somma dovuta dalla Contraente alla Società.
<b>Rischi Extra Professionali:</b>	gli infortuni che l'assicurato subisca nello svolgimento di ogni attività che non abbia carattere professionale.
<b>Rischi Professionali:</b>	gli infortuni che l'assicurato subisca nell'esercizio delle proprie occupazioni professionali sia principali che secondarie.
<b>Sinistro:</b>	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.
<b>Società:</b>	la Compagnia di Assicurazione.

**La Società****La Contraente**



## **SEZIONE 2 - CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE**

### **Art. 2.1 - Durata del contratto - Facoltà di recesso**

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del 31.12.2018, e scadenza alle ore 24.00 del 31.12.2021, con scadenze annuali intermedie al 31 dicembre di ciascun anno, e con espressa esclusione del tacito rinnovo. Alla scadenza del contratto è facoltà della Contraente richiedere una proroga tecnica dell'assicurazione che la Società è tenuta a concedere, alle medesime condizioni normative ed economiche vigenti, per un periodo non superiore ad ulteriori 6 (sei) mesi.

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

Qualora l'Assicurazione sia stipulata per una durata poliennale, cioè pari o superiore a due anni, è 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 90 (novanta) giorni prima di tale scadenza; resta inteso che in caso di disdetta notificata dalla Società alla Contraente ai sensi del presente comma, la Contraente potrà richiedere la proroga dell'assicurazione ai sensi del comma precedente per un periodo massimo di ulteriori 6 (sei) mesi.

### **Art. 2.2 - Gestione del contratto**

La Contraente dichiara di aver affidato la gestione della presente polizza al broker incaricato Willis Italia SpA - Sede legale Via Tortona, 33 - 20144 Milano - C.F./P. IVA /n. Iscrizione Registro Imprese MI - 03902220486 Registro Unico Intermediari: B000083306 ai sensi del D.Lgs. 209/05 Codice delle Assicurazioni e s.m.i.

La Società riconosce pertanto che ogni comunicazione relativa alla presente assicurazione avverrà per il tramite del broker e tutti i rapporti inerenti la presente assicurazione saranno svolti per conto della Contraente dal Broker medesimo. Inoltre, riconosce che tutte le comunicazioni che, per legge o per contratto, il Contraente è tenuto a fare alla Società e viceversa, si intendono valide ed efficaci anche se notificate al Broker.

La Società prende atto che il pagamento del premio annuo di polizza, come eventuali ratei e/o regolazioni, verrà effettuato direttamente dalla Contraente alla Società, senza transitare per il broker.

### **Art. 2.3 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e buona fede**

In deroga agli artt. 1892, 1893, 1894, 1898 C.C. l'omissione di dichiarazioni o comunicazioni da parte della Contraente/Assicurato di una circostanza aggravante il rischio, così come le incomplete ed inesatte dichiarazioni all'atto della stipulazione della polizza o durante il corso della medesima, nonché qualsiasi errore ed omissione non intenzionale od involontario dello stesso, dei suoi amministratori e delle persone di cui deve rispondere a norma di legge, non pregiudicheranno questa assicurazione, sempreché tali omissioni od inesatte dichiarazioni non siano avvenute con dolo.

Del pari non sarà considerata circostanza aggravante l'esistenza al momento del sinistro della modifica delle attività della Contraente/Assicurato a seguito di variazione della normativa vigente regolante l'attività della Contraente medesima.

La Società rinuncia ad esercitare le azioni di annullamento e di recesso dal contratto ed 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. La Contraente ha la facoltà di accettare o rifiutare la richiesta di sovrappremio proposta, dandone comunicazione alla Società entro 30 giorni.

In caso di mancata accettazione ovvero nel caso in cui tale termine sia decorso infruttuosamente, la Società potrà recedere dal contratto nei termini previsti dall'art. 2.1 - Durata del contratto - Facoltà di recesso.

### **Art. 2.4 - 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 della 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. 2.5 - Dolo e colpa grave**

---

Le prestazioni del contratto sono efficaci anche qualora il sinistro sia causato da comportamenti gravemente colposi ai sensi dell'art. 1900 C.C., della Contraente, dell'Assicurato, del Beneficiario nonché da comportamenti dolosi o gravemente colposi delle persone di cui la Contraente deve rispondere a norma di legge.

La Società rinuncia al diritto di surrogazione derivante dall'art. 1916 del Codice Civile, nei confronti di Amministratori e Dipendenti della Contraente, salvo il caso in cui il danno sia ascrivibile a dolo o colpa grave giudizialmente accertata dalla Corte dei Conti con sentenza passata in giudicato.

---

**Art. 2.6 - Pagamento del premio - Termini di rispetto**

---

A parziale deroga di quanto previsto dall'Art. 1901 del c.c., l'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza anche se il premio o la prima rata di premio non è stata pagata. La Contraente è obbligato a pagare la prima rata di premio alla Società entro 60 giorni dalla data di effetto della polizza.

Se la Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 60mo 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 c.c..

I termini di cui sopra valgono anche per il pagamento di appendici comportanti un premio alla firma e qualora la Contraente si avvalga della facoltà di ripetizione del servizio o proroga; tali termini decorrono dalla data di ricevimento del documento formalmente ritenuto corretto.

I premi potranno essere pagati alla Direzione della Società o alla sede dell'Agenzia alla quale è assegnata la polizza.

Inoltre, ai sensi dell'art. 48 e 48 bis del DPR 602/1973 la Società da atto che:

- l'Assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuate dalla Contraente ai sensi del D. M. E. F. del 18 gennaio 2008 n° 40, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'art. 3 del Decreto;
- al ricevimento da parte della Contraente, del nulla osta nei confronti della Società, al pagamento rilasciato dall'agente della riscossione o da altro soggetto avente titolo, la Contraente dovrà pagare la rata di premio entro i trenta giorni successivi dal ricevimento di tale documentazione.

L'Assicurazione è altresì operante fino al termine delle verifiche e dei controlli che la Contraente deve effettuare in capo all'aggiudicatario della presente polizza circa il possesso di tutti i requisiti di partecipazione richiesti nel bando e nel disciplinare di gara, nonché quelli richiesti dalle vigenti disposizioni normative per la stipula dei contratti con le Pubbliche Amministrazioni, artt. 32 e 33 del D.Lgs 50/2016 e ss.mm.ii., anche qualora dette verifiche e controlli eccedessero temporalmente rispetto ai termini di mora previsti nel presente articolo in relazione al pagamento della prima rata.

---

**Art. 2.7 - Retribuzione**

---

Per retribuzione si intende tutto quanto, al lordo delle ritenute, il dipendente effettivamente riceve in compenso delle sue prestazioni, comprese gratifiche, diarie, indennità speciali, ecc., per la parte imponibile ad oneri previdenziali (INPS), ed ogni altro elemento costitutivo della retribuzione avente carattere continuativo, come risultante dai libri e/o registri in possesso della Contraente, nonché l'accantonamento annuo relativo all'anzianità (T.F.R.).

Fanno altresì parte delle retribuzioni gli aumenti a titolo di meccanismo di variazione automatica, l'equivalente del vitto e dell'alloggio eventualmente dovuti all'assicurato nella misura convenzionalmente

---



concordata, nonché la partecipazione agli utili, le gratifiche non consuetudinarie, gli aumenti di gratifica pure non consuetudinari e l'MBO eventualmente corrisposto.

Per la liquidazione delle indennità è considerata retribuzione annua dell'assicurato quella che l'infortunato ha percepito, per i titoli di cui sopra, nel mese precedente a quello in cui si è verificato l'infortunio moltiplicato per tredici, con l'aggiunta di quelle parti di retribuzioni, nonché l'MBO, eventualmente percepite dall'assicurato nei dodici mesi precedenti l'infortunio, purché su esse sia conteggiato o sia conteggiabile il premio di assicurazione.

Per gli assicurati che non abbiano raggiunto il mese di servizio e per quelli assunti temporaneamente, è considerata retribuzione annua dell'infortunato quella che si ottiene moltiplicando per 365 la retribuzione giornaliera media (a imponibile previdenziale) attribuibile all'infortunato per il periodo di tempo decorrente dall'assunzione in servizio fino al giorno dell'infortunio.

La Contraente è esonerata dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate.

Per l'identificazione di tali persone, per la determinazione delle rispettive somme assicurate e per il computo del relativo premio, si farà riferimento alla risultanze dei libri di amministrazione della Contraente.

---

#### **Art. 2.8 - Regolazione del premio**

Il premio, convenuto in base ad elementi di rischio variabili, viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto nella Sezione 6 ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minore 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 90 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o della minore durata del contratto, la Contraente deve fornire per iscritto alla Società i dati necessari e cioè il totale delle retribuzioni corrisposte nel periodo di riferimento per il conteggio del premio a consuntivo.

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

In caso di mancata comunicazione dei dati di regolazione o di mancato pagamento del premio di conguaglio, la Società dovrà provvedere a mettere in mora l'assicurato; trascorso infruttuosamente un ulteriore termine di 30 gg. dal ricevimento della comunicazione di messa in mora da parte dell'Assicurato, la Società potrà indennizzare i sinistri accaduti nel periodo per il quale non è avvenuta la regolazione nella stessa proporzione esistente tra il premio pagato e quello interamente dovuto (se superiore), fermo il diritto della Società al premio di regolazione dovuto.

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

---

#### **Art. 2.9 - Recesso in caso di sinistro**

Dopo ogni denuncia di sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, le Parti possono recedere dall'assicurazione mediante lettera raccomandata o PEC. Il recesso ha effetto alla scadenza dell'annualità indicata nel presente contratto; ovvero, se comunicato meno di 90 giorni prima di detta scadenza, alla scadenza annua successiva.

In caso di recesso da parte della Società la comunicazione deve contenere specifica indicazione del sinistro in base al quale la Società ha scelto di avvalersi della presente facoltà e tutti i dati di cui all'art. 2.15 – Obbligo di documentazione dei sinistri necessari per la redazione del bando di gara per l'affidamento del nuovo contratto assicurativo.

Si precisa che in assenza dei dati richiamati la comunicazione della facoltà di recesso deve intendersi come non perfezionata.

---

#### **Art. 2.10 - Assicurazione presso diversi Assicuratori – Altre assicurazioni**

---

La presente assicurazione è stipulata in aggiunta ed indipendentemente da qualsiasi altra copertura assicurativa in corso per l'assicurato. La Contraente è esonerata dall'obbligo di comunicare se i singoli Assicurati abbiano in corso altre polizze per lo stesso rischio.

---

**Art. 2.11 - Forma delle comunicazioni**

La polizza e le sue eventuali modifiche devono essere provate per iscritto.

---

**Art. 2.12 - Interpretazione del contratto**

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

---

**Art. 2.13 - Persone non assicurabili**

Non sono assicurabili le persone di età superiore ai 75 anni. Per le persone che raggiungano tale limite di età, la garanzia avrà termine alla prima scadenza annuale successiva.

---

**Art. 2.14 - Rinuncia alla rivalsa**

La Società rinuncia a favore dell'assicurato e dei suoi aventi causa al diritto di rivalsa che le compete ai sensi dell'art. 1916 C.C. verso i terzi responsabili dell'infortunio.

---

**Art. 2.15 - Obbligo di documentazione dei sinistri**

La Società, con cadenza semestrale, si impegna a fornire alla Contraente il dettaglio dei sinistri così suddiviso:

- sinistri denunciati;
- sinistri riservati (con indicazione dell'importo a riserva);
- sinistri liquidati (con indicazione dell'importo liquidato);
- sinistri senza seguito;
- sinistri respinti.

Tutti i sinistri dovranno essere corredati di data di apertura della pratica presso la Società, di data di accadimento del sinistro, di data dell'eventuale chiusura della pratica per liquidazione o altro motivo.

Il monitoraggio deve essere fornito progressivamente, cioè in modo continuo ed aggiornato dalla data di accensione della copertura fino a quando non vi sia l'esaurimento di ogni pratica.

La documentazione di cui sopra dovrà essere fornita alla Contraente, per il tramite del broker, mediante supporto informatico compatibile ed utilizzabile dalla Contraente stessa. Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono alla Contraente di chiedere ed ottenere un aggiornamento con le modalità di cui sopra in date diverse da quelle indicate.

---

**Art. 2.16 - Validità territoriale**

L'assicurazione vale per il mondo intero.

---

**Art. 2.17 - Oneri fiscali**

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico della Contraente

---

**Art. 2.18 - Rinvio alle norme di legge**

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

---

**Art. 2.19 - Foro Competente**

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

---

---

**Art. 2.20 - 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 c.c. e dell'art. 3, c. 8 della Legge.

---

**Art. 2.21 - Obblighi della Contraente**

---

La presente assicurazione è stipulata per conto altrui; pertanto gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dalla Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato così come stabilito dall'art. 1891 del C.C.

Nel caso in cui gli Assicurati sostengono in tutto o in parte l'onere economico connesso al pagamento dei premio sono, direttamente o tramite i loro aventi causa, portatori di un interesse alla prestazione, la Contraente si impegna a consegnare loro (in forma cartacea o elettronica), prima dell'ingresso in assicurazione, la documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dall'articolo 49, comma 2, lettera b) del Regolamento Isvap n. 5/2006.

---

**Art. 2.22 - 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).

---

**Art. 2.23 - Trattamento dei dati**

---

Ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003 e s.m.i e Regolamento UE 2016/679, ciascuna delle parti consente il trattamento dei dati personali rilevabili dalla polizza o che ne derivino, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali.

---

**Art. 2.24 - Misure restrittive (Sanctions Limitations Exclusion Clause)**

---

Nessun assicuratore è tenuto a fornire la copertura, e nessun assicuratore è tenuto a prestare beneficio conseguente o a pagare alcuna pretesa, nella misura in cui la fornitura di tale copertura, la prestazione di tali benefici o il pagamento di tale pretesa possa esporre l'assicuratore stesso a qualsivoglia sanzione, divieto o restrizione ai sensi delle risoluzioni delle Nazioni Unite ovvero sanzioni economiche o commerciali, legislative o regolamentari dell'Unione Europea, dell'Area Economica Europea e/o di qualunque altra legge nazionale applicabile in materia di sanzioni economiche o commerciali e/o embargo internazionale.

---

**Art. 2.25 – 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 \_\_\_\_\_ Quota xx%

---

Pubblicato in data 23 ottobre 2018

⇒ Compagnia \_\_\_\_\_ Società mandante \_\_\_\_\_ Quota xx%  
⇒ Compagnia \_\_\_\_\_ Società mandante \_\_\_\_\_ Quota xx%

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.

### **In caso di coassicurazione**

L’assicurazione è ripartita tra le Società assicuratrici elencate nel “Riparto” che segue, in base alle rispettive quote percentuali indicate:

⇒ Compagnia \_\_\_\_\_ Quota \_\_\_\_\_ % - Delegataria  
⇒ Compagnia \_\_\_\_\_ Quota \_\_\_\_\_ % - Coassicuratrice  
⇒ Compagnia \_\_\_\_\_ Quota \_\_\_\_\_ % - Coassicuratrice

L’Impresa Delegataria provvederà, comunque ed in ogni caso, in deroga a quanto disposto dall’art.1911 c.c. e con responsabilità solidale di tutte le imprese partecipanti all’accordo di coassicurazione, ad emettere atto di liquidazione per l’intero importo dei sinistri nei confronti dell’Assicurato danneggiato o comunque dell’avente diritto senza che possano essere ad esso opposte eccezioni e/o riserve da parte delle altre Imprese Coassicuratrici.

La Contraente ha affidato la gestione del presente contratto alla società di brokeraggio assicurativo Willis Italia Spa e le imprese assicuratrici hanno convenuto di affidarne la delega alla Società designata in frontespizio della presente polizza; di conseguenza, tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti per conto della Contraente e degli Assicurati dalla società Willis Italia S.p.A. la quale tratterà con l’impresa Delegataria informandone le Coassicuratrici. In particolare, tutte le comunicazioni inerenti il 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. 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.

**La Società**

---

**La Contraente**

---

## SEZIONE 3 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

### Art. 3.1 - Oggetto e operatività dell'Assicurazione

---

L'Assicurazione vale per gli infortuni professionali ed extraprofessionali che colpiscano l'assicurato e che abbiano per conseguenza diretta ed esclusiva:

- a) la morte, purché conseguente ad infortunio risarcibile a termini di polizza;
- b) una invalidità permanente, calcolata in base a quanto previsto dalla Tabella INAIL di cui al D.P.R. n. 1124 del 30.06.1965 e successive modifiche, salvo quanto previsto dal successivo art. 4.3 - invalidità permanente parziale maggiorata.

Si intendono, inoltre, considerati infortunio anche:

- l'asfissia causata da fuga di gas o vapore o esalazioni velenose;
- gli avvelenamenti od intossicazioni conseguenti ad ingestione od assorbimento di sostanze nocive in genere;
- le lesioni derivanti da contatti improvvisi con corrosivi;
- le infezioni e gli avvelenamenti causati da morsi di animali o punture in genere;
- l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento;
- la folgorazione;
- i colpi di sole, di calore o di freddo;
- le ernie traumatiche;
- le lesioni (esclusi gli infarti) determinate da sforzi.

### Art. 3.2 - Precisazioni

---

La presente copertura comprende a titolo esemplificativo e non limitativo, fermo quanto previsto dal successivo art. 3.5 - Esclusioni gli infortuni derivanti all'assicurato:

- dalla pratica non professionale di qualsiasi sport, ad eccezione di sport aerei in genere e paracadutismo;
- durante il servizio militare di leva;
- per scariche elettriche;
- durante l'uso e la guida di autoveicoli di qualsiasi tipo, natanti, motoveicoli di qualsiasi cilindrata sempreché l'assicurato sia in possesso della prescritta abilitazione;
- dalla pratica di alpinismo con scalata di rocce e accesso ai ghiacciai di grado non superiore al 3°, estesa ai gradi superiori purché accompagnati da guida patentata;
- per imprudenze, negligenze o colpa grave, stato di male, incoscienza e vertigini;
- in occasione di rapine, attentati, sequestri, tumulti popolari, atti di terrorismo e vandalismo, aggressioni in genere, a condizione che l'assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- azioni di dirottamento o pirateria aerea;
- in occasione di legittima difesa, da atti compiuti per dovere di solidarietà umana;
- malattie parassitarie, batteriche, mitotiche, virali di natura tropicale e qualunque altra malattia riconosciuta dalla medicina internazionale come tropicale e sempreché le persone assicurate si siano sottoposte alle pratiche di profilassi richieste per il paese ove si trovano;
- in conseguenza di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, alluvioni, inondazioni, frane, valanghe e slavine.

### Art. 3.3 - Assicurati

---

L'assicurazione prestata con la presente polizza vale per il personale dirigente, quadri e impiegati dell'AcI Informatica SpA.

---

**Art. 3.4 - Beneficiari**

In caso di decesso dell'assicurato beneficiari dell'assicurazione, sono le persone di cui all'art. 2122 C.C., salvo diversa designazione da parte dell'assicurato, sempre suscettibile di revoca. In caso di invalidità permanente i beneficiari sono gli assicurati stessi.

---

**Art. 3.5 - Esclusioni**

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti:

- a) da eventi direttamente connessi allo stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni, salvo quanto previsto al successivo art. 4.2 Eventi bellici;
- b) dalla guida o l'uso di mezzi di locazione aerea, salvo quanto previsto al successivo art. 3.6 - Rischio Volo, di mezzi subacquei;
- c) da atti dolosi o da azioni delittuose dell'assicurato;
- d) derivanti dall'abuso di psicofarmaci o dall'uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni;
- e) dalla guida in stato di ubriachezza dei veicoli e natanti in genere;
- f) direttamente o indirettamente da trasmutazione del nucleo dell'atomo, nonché da radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- g) da contaminazioni nucleari, biologiche o chimiche a seguito di atti di terrorismo di qualsiasi genere.

---

**Art. 3.6 - Rischio volo**

L'assicurazione comprende gli infortuni che l'assicurato subisca durante i voli effettuati in qualità di passeggero su aeromobili (compresi elicotteri) di qualsiasi tipo e da chiunque eserciti purché abilitati al volo da regolare certificato di navigabilità. La garanzia comprende l'uso di aeromobili per attività speciali quali ispezioni aeree o servizi analoghi.

Il rischio volo non potrà superare i capitali, complessivamente per aeromobile, di:

- € 10.000.000,00 = per il caso di Invalidità Permanente totale;
- € 10.000.000,00 = per il caso di Morte;

Superato il predetto limite, le indennità spettanti verranno proporzionalmente ridotte.

---

**Art. 3.7 - Morte presunta**

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza il corpo dell'assicurato scompaia o non venga ritrovato e si presume sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà il capitale previsto per il caso di morte. La liquidazione, sempre che non siano nel frattempo emersi elementi tali dal rendere il danno non indennizzabile, non avverrà prima che siano trascorsi 180 giorni dalla presentazione ed accoglimento dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta proposta a termini degli artt. 60 e 62 del Codice Civile.

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

A restituzione avvenuta da parte dell'assicurato dell'intera somma liquidata, l'assicurato stesso potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita.

---

**Art. 3.8 - Coma irreversibile**

Ai fini della presente assicurazione lo stato dichiarato di "coma irreversibile", conseguente ad infortunio indennizzabile a termini di polizza, viene equiparato alla morte. Pertanto, la Società liquiderà la prestazione pattuita qualora l'assicurato permanga in coma per un periodo continuativo e ininterrotto di 180 giorni. La comunicazione dello stato di caduta in "coma irreversibile" dell'assicurato e l'avvenuto superamento del periodo dei 180 continuativi dovrà essere comunicato per iscritto entro 30 giorni dalle rispettive date.

Sono espressamente esclusi i casi di coma derivanti da abuso di alcolici, dall'uso di psicofarmaci e di stupefacenti.

Pubblicato in data 23 ottobre 2018

**La Società**

---

**La Contraente**

---



## SEZIONE 4 - CONDIZIONI AGGIUNTIVE

### Art. 4.1 - Indennità speciale per menomazioni estetiche

Se l'infortunio ha per conseguenza lesioni al viso che determinano deturpazioni o sfregi permanenti, la Società liquida una ulteriore indennità a titolo di invalidità permanente con una franchigia assoluta del 3% e fino ad un massimo di € 100.000,00.

### Art. 4.2 - Eventi bellici

A parziale modifica dell'art. 3.5 - Esclusioni lettera a), la garanzia si intende estesa agli infortuni derivanti da stato di guerra dichiarata e 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.

Sono, comunque, esclusi dalla garanzia gli infortuni derivanti dalla predetta causa che colpissero l'assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, dello Stato Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.

### Art. 4.3 - Invalidità permanente parziale maggiorata

I casi di invalidità permanente conseguenti ad infortunio di grado superiore al 50% previsti dalla presente polizza, che riducano permanentemente l'attitudine al lavoro dell'avente diritto in modo tale da non consentire la prosecuzione del rapporto di lavoro in analoghe mansioni, verranno indennizzati con il 100% del capitale assicurato.

### Art. 4.4 - Rottura dei denti

Se dall'infortunio deriva all'assicurato la rottura dei denti, la Società riconoscerà all'assicurato stesso una invalidità permanente liquidabile secondo la seguente tabella:

– rottura pari ad almeno un terzo di un incisivo o canino	1,00%
– perdita totale di un incisivo o canino	2,00%
– rottura pari ad almeno un terzo di un premolare o molare	0,50%
– perdita totale di un premolare o molare	1,00%

l'invalidità massima liquidabile per ogni singolo evento che comporti rottura di denti non sarà superiore al 30% della totale.

### Art. 4.5 - Ernie addominali da sforzo

La garanzia è estesa alle ernie addominali da sforzo con l'intesa che:

- per le ernie operabili verrà riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 3% della somma garantita nel caso di invalidità permanente totale;
- per le ernie non operabili l'indennizzo viene computato in base alla tabella INAIL (D.P.R. n. 1124 del 30.06.1965 e successive modifiche) con rinuncia dell'applicazione della relativa franchigia, fermo restando in ogni caso che non verranno riconosciute indennità superiori al 10% della somma garantita nel caso di invalidità permanente totale.

### Art. 4.6 - Malattie professionali

Sono comprese in garanzia le malattie professionali che si manifestassero nel corso della validità della polizza, intendendosi come tali quelle riconosciute dall'INAIL e per le quali sia comunque provata la causa di lavoro.

In caso di invalidità permanente causata da malattia professionale la valutazione delle percentuali di invalidità permanente viene effettuata in base alla tabella annessa al D.P.R. del 30 giugno 1965 n. 1124 (per l'industria) di cui sopra e con rinuncia da parte della Società all'applicazione delle franchigie relative previste dalla legge, con l'intesa che le percentuali indicate nella tabella anzidetta vengono in ogni caso

riferite ai capitali assicurati indicati in polizza per il caso di invalidità permanente assoluta e che la liquidazione viene fatta dalla Società in contanti anziché sotto forma di rendita.

---

**Art. 4.7 - Morte di entrambe i coniugi**

---

Se il medesimo infortunio provoca la morte dell'assicurato e del suo coniuge non legalmente separato e se i loro figli minorenni conviventi risultano beneficiari dell'assicurazione, la Società paga la somma convenuta per il caso morte aumentata del 100%, con un aumento massimo rispetto all'indennizzo di polizza di € 500.000,00. La presente estensione di garanzia non è valida per il rischio volo.

---

**Art. 4.8 - Aumento della somma assicurata in caso di morte dell'assicurato per determinate cause**

---

La Società paga ai figli e/o al coniuge non legalmente separato dell'assicurato, che risultino beneficiari dell'assicurazione la somma convenuta per il caso di morte aumentata del 50%, con un aumento massimo rispetto all'indennizzo di polizza di € 500.000,00, quando l'assicurato muore in conseguenza di un infortunio subito a seguito di rapina, tentata rapina, estorsione, tentativo di sequestro, attentati, tumulti popolari od aggressioni e/o atti violenti.

---

**Art. 4.9 - Rimborso spese mediche**

---

Le spese mediche sostenute a seguito di infortunio indennizzabile, vengono rimborsate fino ad un massimo di € 10.000,00 per persona, per evento e per anno assicurativo.

Il rimborso riguarda:

- a) le spese per gli accertamenti diagnostici;
- b) le spese per gli onorari medici nonché, in caso di intervento chirurgico, dei chirurghi, degli aiuti, degli assistenti, degli anestesisti e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, per i diritti di sala operatoria e per il materiale d'intervento;
- c) le spese di cura, medicinali, trattamenti fisioterapici, rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese alberghiere);
- d) le spese per le rette di degenza con il limite di € 350,00 al giorno;
- e) le spese per il trasporto dell'assicurato in ambulanza all'istituto di cura o all'ambulatorio e viceversa, con il limite di € 2.500,00.

Il rimborso di tali spese viene accordato ad integrazione di eventuali rimborsi effettuati da altri enti assistenziali.

---

**Art. 4.10 - Rimpatrio della salma**

---

In caso di decesso dell'assicurato avvenuto all'estero a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, la Società rimborsa ai beneficiari le spese regolarmente documentate sostenute per il trasporto della salma in patria, entro il limite massimo di € 5.000,00.

---

**Art. 4.11 - Rischio in itinere**

---

L'assicurazione infortuni professionali è estesa agli infortuni subiti dall'Assicurato durante il normale tragitto percorso dalla propria abitazione al luogo di lavoro e viceversa, con qualunque mezzo di locomozione.

**La Società****La Contraente**

---

**SEZIONE 5 - NORME CHE REGOLANO LA GESTIONE DEI SINISTRI**

---

**Art. 5.1 - Denuncia del sinistro e obblighi relativi**

---

La denuncia dell'infortunio con l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che lo hanno determinato, corredata da certificato medico, deve essere fatta per iscritto alla Società entro 60 giorni lavorativi dall'infortunio o dal momento in cui l'assicurato od i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità.

L'avvenuta guarigione clinica deve essere certificata dal medico curante.

L'assicurato si obbliga a:

- essere disponibile alla visita dei medici della Società ed eventuali altri accertamenti;
- fornire ogni informazione ed esibire la cartella clinica.

Nei casi in cui dopo la denuncia di sinistro, l'assicurato non faccia pervenire documentazione o richiesta di indennizzo entro due anni dalla data di sinistro stesso, la Società rinuncia ad avvalersi dei termini di prescrizione previsti dall'art. 2952 del codice civile, per non più di un ulteriore anno.

**Art. 5.2 - Criteri di liquidazione**

---

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio, che siano indipendenti da condizioni fisiche e patologiche preesistenti.

**Art. 5.3 - Invalidità permanente**

---

Il grado di invalidità permanente viene stabilito al momento in cui le condizioni dell'assicurato sono permanentemente immutabili, al più tardi entro due anni dalla data dell'infortunio o della malattia professionale.

Nei casi di preesistenti mutilazioni o difetti fisici, la valutazione del grado invalidità permanente, viene effettuata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'evento denunciato, come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra.

La valutazione della percentuale d'invalidità permanente sarà effettuata facendo riferimento alla tabella allegata al D.P.R. del 30 giugno 1965, n. 1124 e successive modifiche, con l'intesa che le percentuali indicate nella tabella anzidetta vengano riferite ai capitali assicurati in polizza per il caso di invalidità permanente e con rinuncia della Società all'applicazione della franchigia prevista dalla legge.

La perdita assoluta 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 stabilite dalla tabella vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.

Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti in uno stesso infortunio, l'indennità viene stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al limite massimo del 100%.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella, l'indennità è stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi elencati, della misura nella quale è sempre diminuita la capacità generica dell'assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla sua professione.

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

La Società prende atto che se l'assicurato è mancino, il grado d'invalidità per il lato destro è applicato al sinistro e viceversa.

---

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

---

**Art. 5.4 - Franchigia per Invalidità permanente**

---

In caso di infortuni extra professionali delle Categorie B) di cui alla Sezione 6, si conviene che non è dovuto alcun indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado non superiore al 3% della totale.

Se invece essa risulterà superiore al 3% della totale, l'indennizzo sarà corrisposto solo per la parte eccedente.

In caso di invalidità permanente di grado superiore al 15%, la franchigia di cui sopra si intende annullata.

---

**Art. 5.5 - Pagamento dell'indennizzo**

---

Una volta definito il sinistro, la Società liquida l'indennizzo dovuto entro 30 giorni dalla firma della quietanza. Se l'assicurato muore, per causa indipendente dall'infortunio, dopo che sia stato accertato il grado di invalidità permanente e prima di aver percepito l'indennizzo dovuto, lo stesso verrà liquidato ai beneficiari.

---

**Art. 5.6 - Cumulo di indennità**

---

In conseguenza di uno stesso infortunio, l'indennità per il caso di morte non è cumulabile con quella per invalidità permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento di un'indennità per invalidità permanente, entro due anni dal giorno dell'infortunio, ed in conseguenza di questo, l'assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari la differenza tra indennità pagata e quella prevista per il caso di morte, ove questa sia superiore e non chiede il rimborso nel caso contrario.

---

**Art. 5.7 - Esonero dall'obbligo di denuncia di mutilazioni o difetti preesistenti**

---

La Contraente è esonerata dall'obbligo di denunciare le infermità, i difetti fisici e le mutilazioni di cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire.

Resta comunque confermato quanto disposto dall'art. 5.2 - Criteri di liquidazione.

---

**Art. 5.8 - Controversie sulla valutazione del danno**

---

In caso di controversie fra la Società e l'Assicurato sul diritto o sulla misura dell'indennizzo, le Parti possono, in alternativa al ricorso all'Autorità giudiziaria, conferire mandato di decidere, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un contraddittorio tra il medico dell'avente diritto ed il medico fiduciario della Società.

In caso di mancato accordo tra i due medici, la Società e l'Assicurato, che manlevano la Contraente da ogni relativo onere, si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere se ed in quale misura siano dovute le indennità a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un collegio di tre medici, nominati uno dalla Società e uno dall'Assicurato ed il terzo dai predetti 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 presso la provincia in cui l'Assicurato ha la propria sede di lavoro.

Sia la Società che l'Assicurato sostengono le proprie spese e remunerano il medico da essa designato, contribuendo per 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 la Società e l'Assicurato anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il verbale.

Ove l'Assicurato avviasse richiesta di arbitrato ai sensi del presente articolo e chiamasse in causa, anziché la Società, direttamente la Contraente, la Società provvederà ad individuare, sostenendone l'onere, il medico

Pubblicato in data 23 ottobre 2018

designato a fungere da arbitro per conto della Contraente ed a gestire tutte le attività necessarie per conto dello stesso.

La Contraente si impegna ad accettare sia l'arbitro designato dalla Società che l'assistenza prestata da quest'ultima.

I risultati dell'arbitrato saranno vincolanti per la Società.

Se l'Assicurato conviene la Contraente davanti all'Autorità Giudiziaria per controversie riguardanti il diritto o la misura dell'indennizzo, la Società interverrà in giudizio impegnandosi a sollevare la Contraente dagli oneri conseguenti ad un eventuale esito negativo della controversia, salvo che tale esito dipenda da norme degli Statuti della Contraente che non riflettessero corrispondenti obblighi della Società nei confronti della Contraente ai sensi della presente polizza di assicurazione.

**La Società**

---

**La Contraente**

---

## SEZIONE 6 - SOMME ASSICURATE E CALCOLO DEL PREMIO

### Art. 6.1 - Somme assicurate

L'assicurazione è prestata per gli **infortuni professionali ed extraprofessionali** per le seguenti categorie e con i seguenti limiti:

#### A) DIRIGENTI

Morte:	5 volte la retribuzione annua lorda con il massimo di	€ 1.250.000,00
Invalità Permanente:	6 volte la retribuzione annua lorda con il massimo di	€ 1.500.000,00

#### B) QUADRI

Morte:	5 volte la retribuzione annua lorda con il massimo di	€ 550.000,00
Invalità Permanente:	6 volte la retribuzione annua lorda con il massimo di	€ 660.000,00

L'assicurazione è prestata limitatamente agli **infortuni professionali** con i seguenti limiti:

#### C) IMPIEGATI

Morte:	5 volte la retribuzione annua lorda con il massimo di	€ 350.000,00
Invalità Permanente:	6 volte la retribuzione annua lorda con il massimo di	€ 420.000,00

### Art. 6.2 - Limite catastrofale

Nel caso di infortunio che colpisca contemporaneamente più persone assicurate con la presente polizza, in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà essere superiore all'importo di € 10.000.000,00 (diecimilioni).

### Art. 6.3 - Conteggio del premio

Il premio annuo finito (comprensivo delle imposte) è calcolato prendendo in considerazione i seguenti parametri:

Categorie	R.A.L. Preventive	Infortuni Professionali		Infortuni Extra-Professionali		Totale Premio annuo lordo
		Tasso annuo lordo ‰	Premio annuo lordo	Tasso annuo lordo ‰	Premio annuo lordo	
Dirigenti	€ 4.100.000,00		€		€	€
Quadri	€ 5.600.000,00		€		€	€
Impiegati	€ 20.500.000,00		€		€	€

Si precisa che sarà emessa un'unica polizza per gli infortuni professionali ed extra professionali e che:

- il tasso annuo lordo dovrà intendersi così suddiviso:

- 60% professionali
- 40% extra professionali

**La Società**

**La Contraente**

Pubblicato in data 23 ottobre 2018

---

---



**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 offerente, che dovrà provvedervi entro e non oltre la data di effetto della polizza).

**La Società****La Contraente**

