

CTP SPA TARANTO

- 1) ASSICURAZIONE INFORTUNI CUMULATIVA DEI DIRIGENTI EVENTUALMENTE ESTENDIBILE ALL'AMMINISTRATORE UNICO

- 2) ASSICURAZIONE COLLETTIVA TEMPORANEA, CASO MORTE INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE PER I DIRIGENTI

CAPITOLATO F

TRIENNIO 2016-2019

P R E M E S S A

Il presente contratto è stipulato:

- per quanto attiene l'Amministratore Unico della CTP spa in analogia a quanto previsto dall'art. 23 della Legge 27/12/1985 n. 816;
- per quanto attiene i Dirigenti in applicazione di C.C.N.L. in vigore;
- per quanto riguarda conducente e trasportati su autovetture private utilizzate da persone autorizzate dal contraente nell'espletamento delle loro funzioni in analogia del DPR 333 del 3/8/1990 ed in applicazione del D.Lgs. n. 163/06 e successive modificazioni ed integrazioni nonché in armonia al corpo di leggi italiane che regolano le gare pubbliche sotto soglia.

DEFINIZIONI

Ai seguenti termini le Parti attribuiscono il significato qui precisato:

ASSICURAZIONE

Il contratto di assicurazione stipulato a tutela del patrimonio aziendale e redatto in conformità al presente capitolato.

COMPAGNIA

Impresa Assicuratrice.

CONTRAENTE

CTP S.p.A.

ASSICURATI

Amministratori, dirigenti e quadri

CAPITOLATO

Complesso di norme contrattuali richiesto dal contraente pubblico o di pubblica utilità

POLIZZA

Il contratto di assicurazione.

PREMIO

La somma dovuta alla Società.

RISCHIO

La probabilità del verificarsi del sinistro in base al grado di pericolosità dell'attività svolta dal contraente.

SINISTRO

Il verificarsi del fatto dannoso previsto in polizza.

INDENNIZZO

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

INVALIDITÀ PERMANENTE

Perdita o diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione svolta.

INABILITÀ TEMPORANEA

Temporanea incapacità ad attendere alle occupazioni professionali svolte.

COSE

Sia gli oggetti materiali, sia gli animali.

DESCRIZIONE DELL'ATTIVITÀ DEL CONTRAENTE

Forma giuridica: SOCIETÀ PER AZIONI

Sede: TARANTO (TA) VIA LAGO DI BOLSENA 2 CAP 74100

P.IVA COD.FISC. 00947380739

Oggetto Sociale:

La C.T.P.spa ha per oggetto sociale l'esercizio, sia in proprio che per conto terzi, sia in Italia come all'estero, in via diretta o a mezzo di società controllate o collegate della gestione diretta del trasporto pubblico locale, esercitata in ogni forma e con ogni mezzo idoneo, nella regione Puglia e per i collegamenti del territorio di quest'ultima per qualsiasi destinazione che realizzi un fine sociale e/o programmi lo sviluppo economico e civile delle comunità locali della provincia di Taranto con tutte le strutture di supporto quali depositi, officine, uffici, ecc.

Compreso:

i servizi di interesse turistico-sociale, di scuolabus e trasporto di cose.

lo svolgimento di ogni servizio sussidiario e/o complementare rispetto a quello di trasporto di linea che realizzi il miglior funzionamento, la più ampia fruizione, la più produttiva gestione;

lo svolgimento di ogni servizio e attività commerciale e collaterale comunque connessa con il trasporto pubblico e la mobilità che garantisca la migliore utilizzazione dei mezzi e degli impianti.

REQUISITI DELL'IMPRESA ASSICURATRICE

Essere autorizzata all'esercizio delle assicurazioni nei rami riguardanti le coperture oggetto del capitolato ai sensi del D. Lgs. 209/2005

Sez. 1

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1 PROVA DEL CONTRATTO

La polizza e le sue eventuali modifiche devono essere provate per iscritto. Non è richiesta la registrazione del contratto.

Sul contratto o su qualsiasi altro documento che concede la copertura deve essere indicato l'indirizzo della sede sociale e, se del caso, della gerenza o agenzia dell'Impresa che concede la copertura assicurativa.

Art. 2 PAGAMENTO DEL PREMIO - DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE E PERIODO DI ASSICURAZIONE

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Se alle scadenze convenute non venissero pagati i premi successivi, la garanzia resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza (art. 1901 II cpv. C.C. ed art. 1932 C.C.) e riprende vigore alle ore 24 del giorno in cui viene pagato quanto dovuto, ferme restando le scadenze contrattualmente stabilite

Art. 3 DURATA DEL CONTRATTO.

La durata del contratto è prevista in anni 3 a partire dal 30/05/2016

Art. 4 FORMA DEI RAPPORTI FRA LE PARTI CONTRAENTI

La Società si impegna a concordare con l'Azienda assicurata la forma e i contenuti dei rapporti gestionali del contratto, dall'atto della stipula alla scadenza, con particolare riferimento alla gestione dei sinistri, per la quale possono predisporre, di comune accordo, dei regolamenti e forme di comunicazione on-line.

I rapporti in ogni caso debbono improntarsi a trasparenza, diligenza e correttezza (Art. 1 182-187 D. Lgs. 209/05).

Art. 5 VARIAZIONI DEL RISCHIO

Qualora, nel corso del contratto si verificano variazioni che modifichino il rischio, il contraente deve darne immediatamente comunicazione alla società.

Ove l'azienda assicurata sia in grado di fornire alla società un certificato di sicurezza rilasciato da società di certificazione attestante la rispondenza di tutte l'attività aziendale ai parametri di leggi, regolamenti e buona tecnica, il premio di assicurazione potrà, di concerto fra le parti, essere rivisto in funzione della conseguente diminuzione del rischio. Analogamente si procederà in presenza di installazione di strumenti di innovazione tecnologica atti a prevenire e monitorare i rischi, nell'ambito degli standard di sicurezza che l'azienda si obbliga a garantire nella carta della mobilità depositata presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento della Funzione Pubblica. Ove la gestione dei rischi secondo le metodiche di risk-management da parte dell'azienda comporti una riduzione del rapporto sinistri a premi i benefici relativi potranno essere attribuiti, d'intesa fra le parti a partecipazione agli utili.

Si conviene altresì che a richiesta dell'assicurato il mutamento di ragione sociale e/o di proprietà totale ovvero parziale e/o di denominazione dell'azienda non costituiscono, di per sé, variazioni di rischio e che pertanto il contratto mantiene il suo vigore alle stesse condizioni, pur sussistendo l'obbligo alla

comunicazione all'assicuratore da parte dell'azienda. Sono esclusi i casi di fusione, concentrazione o scissione d'impresa che comportano una modifica effettiva del rischio.

• **DIMINUZIONE DEL RISCHIO**

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente ai sensi dell'art. 1897 C.C. e rinuncia al relativo diritto di recesso.

• **CESSAZIONE DEL RISCHIO**

La cessazione del rischio oggetto della polizza, se comunicata alla Compagnia, comporta la cessazione del contratto. La Compagnia rinuncia all'incasso delle rate successive

Art. 6 DICHIARAZIONI INESATTE DEL CONTRAENTE

L'Impresa presta la garanzia e determina il premio sulla base delle dichiarazioni del Contraente.

L'omissione della dichiarazione da parte del Contraente di una circostanza eventualmente aggravante il rischio, così come le incomplete od inesatte dichiarazioni all'atto della stipulazione della presente polizza o durante il corso della stessa, non pregiudica il diritto al risarcimento dei danni, sempreché tali omissioni od inesatte dichiarazioni siano avvenute in buona fede e con l'intesa che il Contraente avrà l'obbligo di corrispondere all'Impresa il maggior premio proporzionale al maggior rischio che ne deriva con decorrenza dal momento in cui la circostanza aggravante si è verificata.

Nel caso di dichiarazioni inesatte e/od omissioni fatte con dolo o colpa grave l'Impresa esercita il diritto di rivalsa verso il Contraente per quanto abbia pagato al terzo danneggiato nella misura in cui avrebbe avuto diritto di rifiutare o ridurre la propria prestazione.

Art. 7 ALTRE ASSICURAZIONI

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

Per quanto attiene, invece, le polizze eventualmente stipulate da soggetti diversi dal Contraente per gli stessi rischi, la presente garanzia conserverà valore di secondo rischio con premio conseguente.

Art. 8 ONERI FISCALI

Le imposte, le tasse e tutti gli altri oneri stabiliti per legge, presenti e futuri, relativi al premio, al contratto ed agli atti da esso dipendenti sono a carico del Contraente anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

L'Impresa si impegna a prestare comunque la garanzia anche nel caso in cui il premio pagato venga pignorato da Equitalia spa a seguito della segnalazione di legge effettuata dal contraente.

Art. 9 FORO COMPETENTE

Ogni controversia relativa alla interpretazione, esecuzione o risoluzione del presente contratto o comunque correlata a qualsiasi titolo al contratto stesso, dovrà essere preventivamente devoluta all'organismo di mediazione della Camera di Commercio di Taranto iscritta al R.O.C. del Ministero della Giustizia. In caso di prosieguo della controversia foro competente sarà quello di Taranto.

Art. 10 CLAUSOLA COMPROMISSORIA

Qualsiasi controversia fra le sottoscritte parti, in qualunque modo connessa all'esecuzione del presente contratto (comprese quelle concernenti questioni di interpretazione, validità, inadempimento, risoluzione e di qualsiasi altro genere) che non possa essere composta in via amichevole, sarà risolta per mezzo di arbitrato rituale, disciplinato dal Codice di Procedura Civile dalla Legge 5/1/94 n° 25, da svolgersi presso

le stanze arbitrali della Camera di Commercio del luogo ove ha sede l'azienda. Salvo quanto previsto in materia rca della L. 990/69 e D.Lgs. 209/05.

Art. 11 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE E ALLE PRASSI DI SETTORE

Per tutto quanto non qui diversamente regolato, valgono le norme di legge italiane e comunitarie in atto.

Art. 12 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE ED AI REGOLAMENTI IVASS

Per tutto quanto non espressamente regolato dalle condizioni contrattuali valgono le norme di legge italiane e comunitarie ai sensi del D.Lgs. 209/05 ed evoluzione regolamentare IVASS.

Per quanto attiene gli aspetti regolamentari scaturenti dalla gestione della polizza, si fa altresì rinvio agli accordi fra le parti

Art. 13 INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO

In assenza di accordo fra le parti, le clausole del contratto si interpretano in maniera più favorevole al Contraente e/o Assicurato

Art. 14 COASSICURAZIONE

Nel caso in cui l'Impresa aggiudicataria, all'atto della stipula del contratto, dichiara di voler ricorrere all'istituto della coassicurazione, il Contraente accetta a condizione che l'Impresa deroghi all'art. 1911 C.C. rispondendo in solido nei confronti dell'Assicurato per tutte le coassicurazioni presenti nel riparto la cui scelta deve tenere conto delle osservazioni contenute nel parere dell'autorità garante della concorrenza e del mercato (bollettino n. 47 del 2/12/1997).

Art.15 OBBLIGO DELL'IMPRESA DI FORNIRE ANNUALMENTE I DATI AFFERENTI L'ANDAMENTO DEL RISCHIO

Oltre a fornire indicazioni sulla sede e/o ufficio e del responsabile per la gestione sinistri, che dovrà essere unico per tutti i sinistri connessi al presente contratto e che dovrà garantire la possibilità di trattazione dei sinistri con cadenza bisettimanale, nella città di Taranto, a tal fine l'impresa si impegna a fornire supporto software dedicato per l'effettuazione della denuncia on-line, per la gestione dell'andamento del sinistro denunciato, e a comunicare le condizioni delle definizioni della pratica l'Impresa, alla fine di ogni esercizio, si impegna a fornire al Contraente i dati afferenti l'andamento del rischio, in particolare il rapporto sinistri a premi; si impegna inoltre, a fornire trimestralmente i dati relativi al rapporto sinistri a premi in formato elettronico esportabile.

Art.16 RISERVATEZZA DEI DATI RIGUARDANTI IL RAPPORTO SINISTRI A PREMI

L'Impresa non può divulgare il rapporto sinistri a premi dell'azienda cui compete la scelta di diffondere o meno tale dato a suo insindacabile giudizio. Un tale comportamento da parte dell'impresa può essere censurato con l'estromissione come Impresa fornitrice di Servizi all'Azienda.

Art.17 MESSA A PUNTO DI UN EFFICIENTE SERVIZIO DI LIQUIDAZIONE DANNI PER SINISTRI DEL CONTRAENTE

La messa a punto di un efficiente servizio di liquidazione danni per sinistri del Contraente è in relazione all'entità annuale dei sinistri denunciati dal Contraente ed alle conseguenti quotidiane necessità

di contatti operativi fra le parti contrattuali, al fine anche di favorire la pronta liquidazione dei danni nel comune interesse del contenimento degli indennizzi ai terzi danneggiati.

Il Contraente può richiedere all'Impresa di concordare un regolamento per la gestione dei sinistri e dei contratti.

Sez. 2

CONDIZIONI CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE

Art. 1 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE: INFORTUNI CUMULATIVA DEI DIRIGENTI EVENTUALMENTE ESTENDIBILE ALL'AMMINISTRATORE UNICO E AD ALTRI ADDETTI / ASSICURAZIONE COLLETTIVA TEMPORANEA, CASO MORTE INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE PER I DIRIGENTI

È considerato infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili le quali abbiano per conseguenza la morte, un'invalidità permanente o un'inabilità temporanea.

L'assicurazione vale per gli infortuni che gli Assicurati indicati negli allegati A), B), C) e D) subiscano nello svolgimento:

- a) delle attività professionali principali e secondarie dichiarate in polizza, nonché delle eventuali diverse attività professionali non dichiarate che, se fossero state conosciute dall'assicuratore, non avrebbero determinato alcun aumento del premio;
- b) di ogni altra attività che non abbia carattere professionale.

Sono operanti tutte le garanzie del presente contratto, salvo quelle escluse per ciascuna categoria di assicurati e specificate nei rispettivi Allegati. malattie professionali.

Il presente contratto di collettiva ha per oggetto l'assicurazione temporanea caso morte degli Assicurati, oppure del rischio di morte o invalidità totale e permanente degli Assicurati stessi, sempre che l'evento avvenga prima della scadenza dell'assicurazione.

All'interno del contratto viene avviata una Posizione per ogni Dirigente Assicurato, presente e futuro, della Società Contraente in ottemperanza alle disposizioni previste dal Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro applicato o dal Contratto, Accordo o Regolamento Aziendale in vigore.

La Società si impegna a corrispondere ai Beneficiari designati, come previsto al successivo Art. 4, il capitale assicurato quale risulta al momento dell'eventuale decesso, o sopravvenuta invalidità totale e permanente del Dirigente Assicurato.

L'assicurazione comprende anche il sinistro che colpisca più persone a seguito di uno stesso evento accidentale, fino ad un importo complessivo pari a 6 volte il capitale medio assicurato. Detto importo andrà suddiviso in relazione al numero di teste colpite da sinistro e in proporzione ai rispettivi capitali assicurati.

L'importo complessivo di cui sopra potrà essere elevato mediante speciale attuazione.

Le modalità di stipula dell'assicurazione collettiva saranno regolate da apposita Convenzione.

Qualora il periodo assicurativo sia trascorso senza che si siano verificati eventi coperti da rischio, le assicurazioni dovranno essere considerate estinte ed i premi pagati rimarranno acquisiti alla Società

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DEL DIRIGENTE ASSICURATO

Le dichiarazioni rese dal Contraente e dal Dirigente Assicurato debbono essere veritiere, esatte e complete. Le dichiarazioni del Contraente e del Dirigente Assicurato hanno valore essenziale per la valutazione del rischio e per il consenso alla stipulazione del contratto; pertanto, le risposte alle domande formulate con apposito questionario devono essere veritiere, esatte e complete.

In caso di dichiarazioni inesatte e reticenze si applicano gli Artt 1892.1893 e 1894 del Codice Civile. L'inesatta indicazione dell'età dell'Assicurato comporta comunque, al momento del pagamento, la rettifica delle somme dovute dalla Società in base all'età reale.

DOCUMENTAZIONE SANITARIA-ACCERTAMENTI

Data la finalità perseguita l'assicurazione viene assunta senza alcuna documentazione sanitaria fino ad un capitale massimo di 260.000,00 euro: si richiede unicamente la compilazione e la sottoscrizione del modulo di adesione alla polizza collettiva.

Per capitali superiori a 260.000 euro, anche a seguito di aumenti di capitale su assicurazioni già in essere, dovranno essere presentati i seguenti accertamenti:

Capitali assicurati	Accertamenti richiesti
Fino a € 260.000,00	- Modulo di Adesione a polizza collettiva sulla Vita (Mod.MAD)
Oltre € 260.000,00 fino a € 310.000,00	<ul style="list-style-type: none"> • Modulo di Adesione a polizza collettiva sulla Vita (Mod. MADCQ) integralmente compilato
Oltre € 310.000,00 fino a € 412.000,00	<ul style="list-style-type: none"> • Modulo di Adesione a polizza collettiva sulla Vita (Mod. MADCQ) (solo Questionario relativo alle attività pericolose) Rapporto di visita medica Esame delle urine • Colesterolo totale HDL, LDL, trigliceridi, creatininemia, azotemia, glicemia Test HIV
<ul style="list-style-type: none"> • Oltre € 412.000,00 fino a € 570.000,00 	<ul style="list-style-type: none"> • Modulo di Adesione a polizza collettiva sulla Vita (Mod. MADCQ) (solo Questionario relativo alle attività pericolose) • Rapporto di visita medica • Esame delle urine • Colesterolo totale, HDL, LDL, trigliceridi, creatininemia, azotemia, glicemia, transaminasi, gamma GT, bilirubinemia totale e frazionata, elettroforesi proteica, esame emocromocitometrico con formula e conta piastrinica, VES • - ECG da sforzo massimale -Test HI

Oltre € 570.000,00

- Modulo di Adesione a polizza collettiva sulla Vita (Mod. MADCO)
(solo Questionario relativo alle attività pericolose)
- Rapporto di visita medica
- Esame delle urine
- ECG da sforzo massimale
- Esame completo del sangue (vedi Nota 1)
- RX del torace in due proiezioni e con referto del medico
- - Ecotomografia (vedi Nota 2)
- -Test HI
-

Nota 1 - l'esame completo del sangue deve comprendere: Colesterolo totale, HDL, LDL, trigliceridi, elettroforesi lipidica, glicemia, creatininemia, azotemia, transaminasi, gamma GT, bilirubinemia totale e frazionata, elettroforesi proteica, fosfatasi alcalina, tempo di protrombina, esame emocromocitometrico con formula e conta piastrinica, VES, HBsAg e HCV.

Nota 2 - recotomoarafia deve comprendere: ecotomografia addome superiore, ecografia pelvica (per le donne) o ecografia prostatica (per gli uomini)

La Società si riserva in base alle risultanze di tali documentazioni e comunque a suo insindacabile giudizio di richiedere ulteriore documentazione sanitaria, di fissare eventuali particolari condizioni di accettazione o di rifiutare il rischio, dandone immediata notizia alla Contraente.

La Società potrà richiedere particolari documentazioni o la presentazione di accertamenti sanitari ridotti, in relazione alle attività normalmente svolte dai Dirigenti Assicurati o alla numerosità del gruppo da assicurare.

Rimane inoltre convenuto che qualora il Dirigente Assicurato non aderisse alla richiesta di eseguire gli esami clinici necessari per l'accertamento dell'eventuale stato di malattia da HIV o di sieropositività, la copertura assicurativa non sarà operante, in caso di morte dovuta alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS). ovvero ad altra patologia ad essa collegata, nel caso l'evento assicurato si verifichi nei primi sette anni di assicurazione.

BENEFICIARI. Beneficiari dell'assicurazione sono quelli previsti dal Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro applicato o dal Contratto, Accordo o Regolamento Aziendale in vigore, in ottemperanza al quale è stipulata l'assicurazione; in caso d'invalidità totale e permanente, il Dirigente Assicurato stesso.

In assenza di tale previsione i Beneficiari sono quelli designati da ciascun Dirigente Assicurato, ai sensi degli Artt 1920 e 1921 del Codice Civile, al momento dell'ingresso nella collettiva o, in mancanza di designazione, gli eredi legittimi o testamentari dell'Assicurato stesso. Il Dirigente Assicurato designa i Beneficiari e può in qualsiasi momento revocare o modificare tale designazione. La designazione dei Beneficiari non può essere revocata o modificata nei seguenti casi: dopo che l'Assicurato ed i Beneficiari abbiano dichiarato per iscritto alla Società, rispettivamente, la rinuncia al potere di revoca e l'accettazione del beneficio (c.d. beneficio accettato);

dopo la morte dell'Assicurato;

e) dopo che, verificatosi l'evento previsto, i Beneficiari abbiano comunicato per iscritto alla Società di volersi avvalere del beneficio.

La designazione di beneficio e le sue eventuali revoche o modifiche debbono essere comunicate per iscritto alla Società o disposte per testamento.

Diritto proprio del Beneficiario. Il beneficiario di un contratto di assicurazione sulla vita acquista, per effetto della designazione fatta a suo favore, un diritto proprio ai vantaggi dell'assicurazione. Ciò significa, in particolare, che le somme corrisposte a seguito del decesso dell'Assicurato non rientrano nell'asse ereditario (Art 1920 del Codice Civile).

DATA DI DECORRENZA DEL CONTRATTO. ENTRATA IN VIGORE DELL'ASSICURAZIONE

La data di decorrenza del contratto è indicata nel documento di polizza e corrisponde alla data di decorrenza della polizza collettiva.

Le singole posizioni relative ai Dirigenti Assicurati hanno decorrenza: dal giorno di decorrenza del contratto, se inizialmente inseriti in collettiva alla data di decorrenza indicata dalla Contraente se inserite successivamente.

La singola copertura assicurativa decorre dalla data richiesta dalla Contraente ed è subordinata: alle dichiarazioni rese dal Dirigente Assicurato al momento dell'adesione; all'esito favorevole degli accertamenti sanitari previsti di cui al precedente Art. 3.

A tal fine la Contraente fornirà alla Società i moduli di adesione debitamente compilati riportanti i dati relativi ai singoli Dirigenti Assicurati, i capitali da assicurare e l'eventuale ulteriore documentazione richiesta.

La Contraente comunicherà inoltre alla Società, per l'esatta valutazione dei rischi, l'esistenza di ogni altra polizza assicurativa sulla vita dei medesimi partecipanti alla convenzione da essa stessa stipulata o comunque di cui fosse a conoscenza. La Società terrà conto delle eventuali altre polizze stipulate per l'individuazione della somma sotto rischio complessiva.

DURATA DEL CONTRATTO

Per durata del contratto si intende l'arco di tempo che intercorre fra la data di decorrenza e quella di scadenza del contratto.

Il Contratto qui descritto è un contratto di assicurazione collettiva monoannuale - rinnovabile di anno in anno alla ricorrenza di collettiva. Ferma la durata annuale dell'assicurazione e dei relativi rinnovi, la Convenzione ha una durata di 5 anni a partire dalla data di sottoscrizione e si rinnova automaticamente di volta in volta -alla scadenza - per periodi di 2 anni di durata, o di diversa durata da convenirsi.

Assicurati sono tutti i Dirigenti della Società Contraente, presenti e futuri aventi un'età compresa fra i 18 e i 70 anni .
aventi un'età compresa fra i 18 e i 65 anni.

sulla base del numero di questi, verranno emesse tante posizioni assicurative. L'assicurazione non è rinnovabile per chi supera rispettivamente i 70 o i 65 anni di età.

La copertura assicurativa per il caso di morte di un Dirigente Assicurato cessa di essere operativa qualora venga effettuata la liquidazione per il verificarsi dell'invalidità totale e permanente dell'Assicurato stesso.

La permanenza in assicurazione cessa automaticamente alla risoluzione del rapporto di lavoro come dirigente presso la Contraente, la quale ne darà comunicazione scritta alla Società. Qualora l'uscita dalla copertura avvenga prima della scadenza annuale, per motivi diversi dall'evento assicurato, la Società restituirà alla Contraente l'eventuale rateo di premio relativo al periodo per la quale la copertura non sarà più prestata, calcolato sul premio annuo al lordo dell'importo fisso pari a 1,03 Euro per ogni Assicurato.

Il Contratto si estingue nei seguenti casi:

- disdetta;
- naturale scadenza.

Il contratto estinto non può essere riattivato.

CONCLUSIONE DEL CONTRATTO. REVOCA DELLA PROPOSTA

A condizione che sia già stata sottoscritta la relativa Convenzione, il contratto è concluso nel momento in cui la Contraente ha ricevuto comunicazione scritta dell'accettazione della Proposta dalla Società o, in mancanza, nel momento in cui la polizza è stata sottoscritta da entrambe le parti ovvero la Società abbia consegnato alla Contraente la polizza dalla stessa sottoscritta. Fino a quando il contratto non sia concluso, la proponente può revocare la Proposta già sottoscritta, dandone comunicazione a mezzo lettera raccomandata contenente gli elementi identificativi della Proposta sottoscritta, a: Unipol Assicurazioni S.p.A. - Rami Vita - Via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna. Entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione della revoca, la Società provvede al rimborso dell'intero ammontare del premio eventualmente già versato.

RISCHIO MORTE

Qualora l'Assicurato abbia reso dichiarazioni corrette e veritiere, e abbia quindi consentito alla Società di valutare correttamente il rischio che si assume, il rischio di morte è coperto qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali, salvo quanto di seguito indicato.

In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata conti-attuale, la Società paga un importo pari al capitale assicurato indicato in polizza.

È escluso dalla garanzia il decesso causato da:

- dolo del Contraente o dei Beneficiari.

È altresì escluso dalla garanzia il decesso causato da:

partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;

uso di veicoli o natanti in competizioni - non di regolarità pura - e alle relative prove o allenamenti;

e) partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra o missioni di pace, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano; in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero;

d) incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;

Tuttavia, nei casi di cui alle lettere a), b), e) e d), la Società liquiderà una somma pari all'importo della Riserva

Matematica calcolato al momento del decesso.

La garanzia comprende il rischio del suicidio con decorrenza immediata dall'ingresso in assicurazione.

CONDIZIONI REGOLANTI LA GARANZIA DI INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE

Dirigenti di aziende produttrici di beni e servizi.

Si intende colpito da invalidità permanente l'Assicurato al quale l'Istituto Nazionale di Previdenza Sociale (INPS) abbia riconosciuto un'invalidità superiore al 66% e quindi il diritto a conseguire la pensione di inabilità. A seguito del riconoscimento dell'invalidità permanente così come prevista dal comma 5 dell'Art. 12 e succ. del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro per i Dirigenti di Aziende Industriali, la Contraente o l'Assicurato hanno la facoltà di richiedere la liquidazione del capitale assicurato dalla presente copertura.

L'accertamento dell'invalidità permanente avviene in uno dei modi seguenti:

Riconoscimento da parte dell'INPS della pensione di inabilità: ai sensi della presente polizza, l'invalidità permanente si considera accertata.

Primo riconoscimento da parte dell'INPS dell'assegno ordinario di invalidità e interruzione del rapporto di lavoro: ai sensi della presente polizza, l'invalidità permanente si considera accertata.

e) Primo riconoscimento da parte dell'INPS dell'assegno ordinario di invalidità e prosecuzione del rapporto di lavoro: si applica l'accertamento autonomo.

Riconoscimento da parte dell'INAIL: si applica l'accertamento autonomo sulla base di quanto previsto al punto 16.1.2 e seguenti.

Riconoscimento da parte di altro ente previdenziale o da parte di una Azienda Sanitaria Locale: si applica l'accertamento autonomo sulla base di quanto previsto al punto 16.1.2 e seguenti.

Ritardo nel riconoscimento dell'invalidità permanente da parte dell'INPS, dell'INAIL, di altro ente previdenziale o di una Azienda Sanitaria Locale: si applica l'accertamento autonomo sulla base di quanto previsto al punto 16.1.2 e seguenti.

Mancanza dei requisiti di iscrizione o di anzianità contributiva rilevanti ai fini del riconoscimento dell'assegno ordinario di invalidità o della pensione di inabilità: si applica l'accertamento autonomo sulla base di quanto previsto ai punti 16.1.2 e seguenti.

16.1.2 Nei casi previsti al punto 16.1.1, punti e), d), e), f) e g) la Società si riserva la facoltà di procedere all'accertamento autonomo dell'invalidità permanente.

Tale facoltà è irrevocabile.

Una volta esercitata tale facoltà, resta esclusa qualsiasi rilevanza dell'esito dell'accertamento da parte dell'INPS, dell'INAIL, di un altro ente previdenziale o di una Azienda Sanitaria Locale, sia esso conforme o meno all'esito della procedura di accertamento autonomo.

La facoltà di procedere all'accertamento autonomo dell'invalidità permanente deve essere manifestata a mezzo lettera raccomandata, trasmettendo contestualmente il modulo speciale, che la Società fornisce gratuitamente per il tramite delle proprie agenzie, e che dovrà essere redatto dal medico curante con l'aggiunta della eventuale ulteriore documentazione disponibile.

Il termine per l'invio della lettera raccomandata è di due mesi e decorre dalla data di riconoscimento da parte dell'INPS, dell'INAIL, di un altro ente previdenziale o di una Azienda Sanitaria Locale nei casi di cui ai punti a) b) e) d) e) del punto 16.1.1, da un anno dopo la data di presentazione della domanda nel caso di cui al punto f) del punto 16.1.1 e da due mesi dal verificarsi dell'invalidità.

La Società si impegna ad accertare l'invalidità permanente entro 90 giorni dalla data del timbro postale della lettera raccomandata di cui sopra.

Ai fini dell'autonomo accertamento dell'invalidità permanente di cui ai commi precedenti, si considera invalido permanente l'Assicurato che, a causa di infermità o difetto fisico o mentale, si trovi nell'assoluta e permanente impossibilità a svolgere qualsiasi attività lavorativa, ovvero la cui capacità di lavoro, in occupazioni confacenti alle sue attitudini, sia ridotta in modo permanente, a causa di infermità o difetto fisico o mentale, a meno di un terzo.

Dalla copertura di invalidità sono esclusi gli Assicurati ai quali, alla data di decorrenza del contratto, lo stato di invalidità sia già stato riconosciuto dall'INPS, ovvero quei casi in cui a tale data sta già stata avviata la procedura per la richiesta di detto riconoscimento. Viene esclusa la copertura dei casi di invalidità che si verifichino dopo il sessantacinquesimo anno di età dell'Assicurato e quelli dipendenti da cause di guerra, da infortunio verificatosi sia in volo sia in terra in dipendenza di viaggi aerei compiuti sia come militare sia come civile, fatta eccezione dei viaggi compiuti in qualità di passeggero su linee regolarmente istituite per il pubblico esercizio

della navigazione aerea e su aeromobili plurimotore di proprietà di ditte o di privati condotti da piloti professionisti con l'esclusione, in tale ultima situazione, delle trasvolate oceaniche.

Nel caso di avvio della procedura di accertamento autonomo dell'invalidità, a richiesta della Società, la Contraente e l'Assicurato, sotto pena di decadenza da ogni diritto derivante dalla presente assicurazione per il caso d'invalidità, sono obbligati:

* a rendere con verità ed esattezza qualsiasi dichiarazione richiesta dalla Società per gli accertamenti dello stato di invalidità dell'Assicurato;

• a fornire tutte le prove che dalla Società fossero ritenute opportune per stabilire le cause e gli effetti della malattia o della lesione fisica che hanno prodotto l'invalidità.

La Società si riserva inoltre il pieno ed incondizionato diritto di accertare l'invalidità con medici di sua fiducia.

Il pagamento del capitale assicurato verrà eseguito in un'unica soluzione alla data di riconoscimento dell'invalidità.

Nel caso in cui, a seguito della procedura di accertamento autonomo dell'invalidità, l'invalidità non venga riconosciuta dalla Società, la Contraente o l'Assicurato hanno facoltà, entro il termine di 30 giorni dalla comunicazione avutane, di promuovere con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno spedita alla Direzione della Società, la decisione di un Collegio Arbitrale composto di tre medici, di cui uno nominato dalla Società, l'altro dalla Contraente o dall'Assicurato ed il terzo scelto di comune accordo dalle due parti, in caso di mancato accordo entro 20 giorni dalla richiesta di arbitrato la scelta del terzo arbitro sarà demandata al Presidente del Tribunale dove ha sede la Direzione della Società.

Il Collegio Arbitrale decide a maggioranza, entro il termine di 30 giorni, come amichevole compositore senza formalità di procedura.

Gli arbitri, ove lo credano, potranno esperire senza obbligo di sentenza, qualsiasi accertamento sanitario di carattere preliminare od incidentale (visite mediche, esami di laboratorio, ecc.)

Ciascuna delle parti sopporta le spese e competenze del proprio medico e la metà di quelle del terzo medico. Le altre spese sono a carico della parte soccombente.

16.1.11 Dalla data del timbro postale della lettera raccomandata di cui al punto 16.1.3 la Contraente sospende il pagamento del premio relativo alla posizione assicurativa del dirigente assicurato per il quale è in corso l'accertamento di invalidità; mentre la Società si impegna a mantenere in vigore le garanzie prestate; se l'invalidità è riconosciuta dalla Società o dal Collegio Arbitrale di cui al punto 16.1.10 il pagamento del suddetto premio cessa definitivamente e la Società corrisponde le prestazioni garantite; se l'invalidità non viene invece riconosciuta la Contraente è tenuta a corrispondere i premi scaduti posteriormente alla data di denuncia di invalidità aumentati degli interessi di reintegro valuta, nella misura prevista dalle Condizioni di Assicurazione.

Art. 2 ESTENSIONE DELL'ASSICURAZIONE

Sono compresi in garanzia anche :

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti acuti e le intossicazioni acute e/o lesioni prodotte da ingestione di cibo o altre sostanze;
- le morsicature, le punture e le ustioni causate da animali e/o vegetali in genere, nonché le infezioni (comprese quelle tetaniche) conseguenti ad infortuni risarcibili a termine di polizza.
- l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento, la folgorazione, i colpi di sole, di calore e di freddo e altre influenze termiche ed atmosferiche;

- le ernie addominali da sforzo e gli strappi muscolari derivanti da sforzo;
 - gli infortuni sofferti in stato di malore o incoscienza;
 - gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
 - l'ictus e l'infarto insorto a seguito di infortunio sul lavoro;
- gli infortuni derivanti da aggressioni, sabotaggi, tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismo, attentati, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva.

Art. 3 RISCHIO VOLO

L'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi in aereo, turistici o di trasferimento, effettuati in qualità di passeggero, su velivoli od elicotteri da chiunque esercitati tranne che:

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

Il viaggio aereo si intende iniziato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso.

Il cumulo delle somme assicurate di cui alla presente polizza e di altre assicurazioni da chiunque stipulate a favore degli stessi Assicurati per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni individuali e cumulative non può superare i capitali di:

- Per persona :

- € 1.030.900,00 per il caso di Morte (M);
- € 1.032.900,00 per il caso di Invalidità Permanente Totale (I.P.T.);
- € 258,00 al giorno per il caso di Inabilità Temporanea (I.T.);

- complessivamente per aeromobile :

- € 5.164.600,00 per il caso di Morte (M);
- € 5.164.600,00 per il caso di Invalidità Permanente Totale (I.P.T.);
- € 5.165,00 al giorno per il caso di Inabilità Temporanea (I.T.).

In detta delimitazione per aeromobile rientrano anche le somme riferentesi ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze infortuni comuni cumulative stipulate dallo stesso Contraente. Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedano gli importi sopraindicati, le indennità spettanti in caso di sinistro sono adeguate con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti.

Art. 4 RISCHIO DI GUERRA ALL'ESTERO

La garanzia viene estesa agli infortuni avvenuti all'estero derivanti da stato di guerra, insurrezione, invasione, atti nemici, ostilità (sia che la guerra sia dichiarata o non), 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.

Art. 5 RISCHIO IN ITINERE

La garanzia è operante per gli infortuni subiti dall'Assicurato mentre compie il tragitto per via ordinaria dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa.

Art. 6 DELIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti :

- a) dalla guida di mezzi di locomozione aerei.
- b) dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, alpinismo con scalata di rocce o ghiaccio presentanti difficoltà superiore al terzo grado (scala Monaco) senza trampolino con sci od idrosci, paracadutismo e sports aerei in genere;
- c) da corse e gare (e relative prove) comportanti l'uso di veicoli a motore o natanti a motore, salvo che si tratti di regolarità pura;
- d) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, salvo gli atti compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa o in stato di necessità;
- e) da movimenti tellurici;
- f) da guerra o insurrezione, salvo quanto previsto al punto 2.4;
- g) da trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche.
- h) sono inoltre esclusi le conseguenze di interventi chirurgici, accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio.

Art. 7 LIMITI DI ETÀ

L'assicurazione non vale per le persone di età maggiore di 75 anni. Tuttavia, per le persone che raggiungono tale età in corso di contratto, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla scadenza annuale della polizza.

Art. 8 PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili le persone affette da infermità mentali, che incidano sulla capacità di intendere e volere, alcoolismo o tossicodipendenza e l'assicurazione cessa con il loro manifestarsi.

Art. 9 LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione vale in tutto il mondo. L'inabilità temporanea, al di fuori dell'Europa, è indennizzabile limitatamente al periodo di ricovero ospedaliero; tale limitazione cessa dalle ore 24 del giorno di rientro in Europa.

Art. 10 SOMME ASSICURATE

Le somme assicurate, distinte per categorie di attività professionale, sono indicate negli Allegati relativi a ciascuna categoria.

Art. 11 ELEMENTI PER IL CALCOLO DEL PREMIO

Gli elementi per il calcolo del premio di assicurazione, distinto per categorie di attività professionale, sono indicati negli Allegati relativi a ciascuna categoria.

Art. 12 DENUNCIA DELL'INFORTUNIO E OBBLIGHI RELATIVI

La denuncia dell'infortunio, con indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che lo determinarono, corredata di certificato medico, deve essere fatta per iscritto dal Contraente alla Sede Territoriale della Società od all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza entro otto giorni dall'infortunio o dal momento in cui il Contraente, l'Assicurato od i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità. Successivamente l'Assicurato od il Contraente devono inviare i certificati medici sul decorso delle lesioni. Nel caso di inabilità temporanea, i certificati dovranno essere rinnovati alle rispettive scadenze. In caso di ritardo di rinnovo, la liquidazione dell'indennità viene fatta escludendo i giorni non continuativamente certificati e sempreché il ritardo non superi quindici giorni. In questa ultima ipotesi viene considerata data di guarigione quella prognosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato salvo che l'Impresa dimostri una data diversa. L'Assicurato o, in caso di morte, il beneficiario devono consentire le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dalla Società.

Art. 13 CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio può avere esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette quindi non indennizzabili. Parimenti, nei casi di preesistente mutilazione o difetto fisico, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivato dalle condizioni preesistenti.

Art. 14 MORTE

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifichi entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida ai beneficiari designati la somma assicurata per il caso di morte. In difetto di designazione, la Società liquida la detta somma, in parti uguali, agli eredi.

Art. 15 MORTE PRESUNTA

Se il corpo dell'Assicurato non viene trovato entro un anno a seguito di arenamento, affondamento o naufragio del mezzo di trasporto terrestre, aereo, lacuale, fluviale o marittimo, verrà riconosciuto l'indennizzo previsto per il caso di morte, considerando l'evento di cui sopra come infortunio. Il pagamento dell'indennizzo dovrà avvenire entro i tre mesi successivi. Quando sia stato effettuato il pagamento dell'indennità ed in seguito l'Assicurato ritorni o si abbiano di lui notizie sicure, la Società ha diritto alla restituzione delle somme pagate e relative spese e l'Assicurato stesso potrà far valere i diritti che eventualmente gli sarebbero spettati, nel caso avesse subito lesioni indennizzabili a norma della presente polizza.

Art. 16 INVALIDITÀ PERMANENTE

Se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente e questa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida per tale titolo, secondo le disposizioni seguenti, una indennità calcolata sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, secondo le percentuali previste dalla tabella all.1 alla legge 30/6/1965 n.1124 e successive modifiche intervenute fino alla data di stipulazione del contratto, con rinuncia della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge.

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 sopra indicate vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta. Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi o arti, l'indennità viene stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al limite massimo del 100%.

Per le singole falangi terminali delle dita della mano, escluso il pollice, si considera invalidità permanente soltanto l'asportazione totale delle stesse.

L'indennità per la perdita funzionale ed 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 suesposta 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 caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorati, le percentuali sopra indicate sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

In caso di accertato mancinismo, le percentuali stabilite per l'arto superiore destro si intendono applicate all'arto superiore sinistro e viceversa.

A richiesta dell'Assicurato, la Società, quando abbia preventivato un grado di invalidità permanente, deve anticipare 1/3 (un terzo) dell'ammontare dell'indennizzo corrispondente al presunto grado di invalidità, con il massimo di € 5165,00 (cinquemilacentosessantacinque/00). Nel caso in cui l'indennità assicurata sia superiore a € 52.000,00 = (cinquantaduemila/00), il massimo viene elevato al 10% dell'indennità assicurata.

Art. 17 INABILITÀ TEMPORANEA

Se l'infortunio ha per conseguenza una inabilità dell'Assicurato ad attendere alle sue occupazioni, la Società liquida la diaria assicurata:

1. integralmente, per tutto il tempo in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle occupazioni medesime;
2. parzialmente, per tutto il tempo in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle sue occupazioni.

L'indennità per inabilità temporanea viene corrisposta per un periodo massimo di 365 giorni a decorrere dalle ore 24 del giorno dell'infortunio fino alle ore 24 dell'ultimo giorno di inabilità.

Art. 18 RIMBORSO SPESE SANITARIE

Se l'Assicurato in conseguenza di infortunio fa ricorso a prestazioni sanitarie, la Società rimborsa, fino alla concorrenza del massimale previsto per anno assicurativo, le spese sostenute per:

- accertamenti diagnostici e medico legali;
- visite mediche e specialistiche;
- onorari del chirurgo e di ogni altro componente l'équipe operatoria, diritti di sala operatoria, materiale d'intervento;
- apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento chirurgico;
- rette di degenza;
- trasporto dell'Assicurato in ambulanza all'Istituto di cura od all'ambulatorio e viceversa;
- cure mediche e trattamenti fisioterapici rieducativi;
- acquisto di apparecchi protesici ortopedici sostitutivi di parti anatomiche e protesi oculari.

Non sono soggette a rimborso le spese effettuate per applicazioni di carattere estetico, per cure odontoiatriche e per protesi dentarie.

La Società effettua il pagamento di quanto dovuto su presentazione, in originale, delle relative notule, distinte, ricevute, debitamente quietanzate. Il pagamento viene effettuato a cura ultimata. Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi verranno eseguiti in Italia, in valuta italiana al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi.

Art. 19 CUMULO DI INDENNITÀ

L'indennità per inabilità temporanea è cumulabile con quella per morte o per invalidità permanente. L'indennità per il caso di morte non è cumulabile con quella per invalidità permanente.

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

Art. 20 PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

Valutato il danno, verificata l'operatività delle garanzie e ricevuta la necessaria documentazione, liquidato l'indennizzo, la Società deve procedere al relativo pagamento entro 15 giorni in favore dell'Assicurato

Art. 21 RINUNCIA ALLA RIVALSA

La Società rinuncia ad ogni azione di rivalsa per le somme pagate, lasciando così integri i diritti dell'Assicurato o dei suoi aventi causa contro i responsabili dell'infortunio. Se responsabile dell'infortunio dell'assicuratore è il contraente, la società rinuncia del pari all'azione di rivalsa senza cessione dei diritti all'assicurato o ai suoi aventi causa.

Art. 22 PERSONE ASSICURATE

L'assicurazione vale per le persone appartenenti alle categorie di attività professionale descritte negli allegati, che formano parte integrante della polizza, in quanto permanga rispetto ad esse il rapporto in considerazione del quale fu fatta l'assicurazione.

Il Contraente è quindi esonerato dall'obbligo di indicare nominativamente le persone assicurate; per l'identificazione di tali persone si fa riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione del Contraente.

La cessazione del rapporto di lavoro o di funzione per qualunque motivo avvenga, non seguita da sostituzione entro sessanta giorni dalla cessazione, comporta il relativo adeguamento del premio complessivo a far data dal ricevimento della relativa comunicazione scritta.

Art. 23 RESPONSABILITÀ DEL CONTRAENTE

Poiché la presente assicurazione è stata stipulata dal Contraente anche nel proprio interesse quale possibile responsabile del sinistro, si conviene che qualora l'infortunato o, in caso di morte, i beneficiari di cui al punto 2.16 (o soltanto qualcuno di essi) non accettino a completa tacitazione per l'infortunio l'indennizzo dovuto ai sensi della presente polizza ed avanzino verso il Contraente maggiori pretese a titolo di responsabilità civile, detto indennizzo nella sua totalità viene accantonato, per essere computato nel risarcimento che il Contraente fosse tenuto a corrispondere per sentenza o transazione e la Società risponde della maggiore somma che il Contraente fosse tenuto a pagare fino alla concorrenza di un ulteriore importo pari a quello dell'indennizzo stesso.

Qualora l'infortunato o gli anzidetti beneficiari recedano dall'azione di responsabilità civile, o rimangano in essa soccombenti, l'indennizzo accantonato viene agli stessi pagato sotto deduzione, a favore del Contraente delle spese di causa da lui sostenute.

Art. 24 ESONERO DEL CONTRAENTE DALL'OBBLIGO DI DENUNCIARE LE PREESISTENZE FISICHE DEGLI ASSICURATI

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le malattie sofferte, nonché le mutilazioni ed i difetti fisici di cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire. Viene tuttavia confermato che l'indennizzo e la liquidazione di eventuali infortuni saranno regolati dalle condizioni che regolano l'assicurazione infortuni.

Art. 25 LIMITE CATASTROFALE

Nel caso di infortunio che colpisca contemporaneamente più persone assicurate, in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà comunque superare l'importo di € 2.583.000,00

Qualora le indennità liquidabili ai sensi di polizza eccedessero nel loro complesso tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

Art. 26 MODALITÀ DI VALUTAZIONE DEL DANNO

Le divergenze sul grado di invalidità permanente o sul grado o durata dell'inabilità temporanea, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dall'art. 13 Sez. 2 sono demandate per iscritto ad un collegio di tre medici nominati uno per parte ed il terzo in comune accado o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il Collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'assicurato.

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

È data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere un provvisorio sull'indennizzo.

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

Art. 3) CONDIZIONI SPECIALI D' ASSICURAZIONE (in base al contratto collettivo di lavoro dei dirigenti del TPL)

3.1 In aggiunta al normale trattamento di liquidazione, in caso di invalidità permanente causata da infortunio professionale ed extraprofessionale e malattia professionale, tale da ridurre in misura superiore ai 2/3 la capacità lavorativa specifica del dirigente, una somma pari a sei annualità della retribuzione di fatto. Qualora il rapporto di lavoro prosegua dopo l'avvenuto riconoscimento dello stato di invalidità, la somma assicurata dalla polizza è corrisposta contestualmente all'esito di tale riconoscimento.

In caso di invalidità permanente parziale causata dagli stessi eventi una somma che, riferita all'importo del capitale assicurato di cui al punto a), sia proporzionale al grado di invalidità determinato in base alla tabella annessa al TU. approvato con D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124 e successive modificazioni ed integrazioni.

3.2 In aggiunta al normale trattamento di liquidazione, in caso di morte causata dai predetti eventi, che non sia preceduta da una invalidità permanente indennizzata ai sensi del precedente comma e causata dal medesimo evento che ha successivamente determinato la morte, una somma a favore degli aventi diritto, pari a cinque annualità della retribuzione di fatto.

Agli effetti dei precedenti commi si considera:

infortunio sul lavoro, l'evento che, come tale, è previsto dalla normativa sull'assicurazione contro gli infortuni e le malattie professionali;

professionale, la malattia che sia compresa tra quelle indicate nella tabella annessa al citato D.P.R. n. 1124; retribuzione, il coacervo dei compensi di cui al comma 2 dell'art. 36.

3.4 In relazione al decreto legislativo n. 38/2000 che, a decorrere dal 16 marzo 2000, estende ai dirigenti l'obbligo di iscrizione all'INAIL per i casi di infortunio sul lavoro e di malattia professionale si prevede.

la riduzione dell'indennizzo, dovuto al dirigente o ai suoi aventi causa sulla base dei massimali come sopra indicati, in misura corrispondente alla prestazione in capitale o in rendita capitalizzata riconosciuta dall'INAIL all'assicurato a titolo di invalidità permanente ovvero, in caso di morte, alla prestazione in rendita capitalizzata riconosciuta dallo stesso Ente agli aventi causa dell'assicurato;

la subordinazione del diritto all'indennizzo, alla preventiva comunicazione, da parte del dirigente o dei suoi aventi causa, dell'importo della prestazione liquidata dall'INAIL;

la natura vincolante per l'impresa dell'accertamento della malattia professionale effettuato dall'INAIL o dal Giudice, ferma restando, in quest'ultimo caso, la necessaria informativa da parte del dirigente al fine di consentire la partecipazione alla procedura dell'impresa;

l'erogazione dell'intero capitale assicurato qualora, in caso di infortunio, l'INAIL ne contesti il collegamento con il rapporto di lavoro; il dirigente, su richiesta dell'impresa e con ogni onere, ivi compresa la scelta del difensore, a carico della stessa, avrà l'obbligo di proporre causa all'INAIL.

In caso di esito favorevole, il dirigente dovrà restituire all'impresa la somma che la predetta avrà versato in eccedenza rispetto alla previsione di cui al suddetto punto del presente comma.

3.5 Nota interpretativa delle parti datoriali e sindacali al contratto collettivo nella materia qui recepita all'attenzione dell'impresa.

Le parti si danno reciprocamente atto che, relativamente alla ipotesi in cui il rapporto di lavoro prosegue dopo l'avvenuto riconoscimento al dirigente di uno stato di invalidità tale da ridurre in misura superiore ai 2/3 la capacità lavorativa si interpreta nel senso che la somma assicurata è corrisposta contestualmente all'esito di detto riconoscimento;

Le parti convengono altresì che, in ogni caso, ai fini della erogazione delle somme assicurate le Società stipulanti ed i loro assicuratori assumeranno come valido il giudizio sullo stato di invalidità del dirigente così come formulato:

dall'INPS o altro Ente previdenziale, all'atto del riconoscimento della pensione di inabilità ovvero del primo riconoscimento dell'assegno di invalidità;

dall'INAIL, in caso di invalidità di origine professionale e sempreché non ricorra l'ipotesi precedente. Le parti concordano che in caso di morte del dirigente, i beneficiari delle somme assicurate sono individuati nei soggetti formalmente indicati dallo stesso dirigente. In mancanza di tale indicazione, i beneficiari delle somme assicurate sono individuati ai sensi dell'art. 2122 del codice civile.

Infine, resta inteso tra le parti che, in caso di prosecuzione del rapporto di lavoro con il dirigente al quale sia riconosciuto uno stato di invalidità determinato da malattia non professionale e tale da ridurre la capacità lavorativa in misura superiore ai 2/3, la garanzia cessa di produrre effetti al momento della erogazione della somma ivi prevista per l'assicurazione contro tale evento.

3.6 Trasferimento di azienda.

Le norme di legge in vigore per il caso di trasferimento di azienda si intendono estese ai casi di cessione, cessazione o trasformazione in qualsiasi forma dell'azienda, ivi incluse le fusioni, concentrazioni e scorpori anche ai fini della vigenza della contrattualistica assicurativa.

Anche la trasformazione dell'azienda pubblica in società persona giuridica privata non costituisce, di per se stessa, pregiudizio della posizione funzionale del dirigente che mantenga inalterata la posizione.

3.7 Ristrutturazioni d'azienda.

L'Azienda che risolva il rapporto di lavoro a tempo indeterminato motivandolo con la ricorrenza di un comprovato processo di ristrutturazione e riorganizzazione aziendale nonché di dismissione. Mantiene, comunque, in vita i trattamenti assicurativi del presente capitolato fino alle scadenze contrattuali previste.

DICHIARAZIONI AI SENSI DELL'ART. 1341 C.C.

Agli effetti dell'articolo 1341 C.C. il Contraente e L'impresa dichiarano di conoscere, approvare ed accettare specificatamente le disposizioni dei sottoelencati articoli delle norme e condizioni che regolano l'assicurazione.

Art 11 Sez. 1 Pagamento del premio-Decorrenza dell'assicurazione e periodo di assicurazione

Att. 3 Sez. 1 Variazioni del rischio.

Art.4Sez.1 Dichiarazioni inesatte del Contraente.

Art.21 Sez.2 Diritto di surrogazione

Art 24 Sez, 2 Esonero del Contraente dall'obbligo di denunciare le preesistenze fisiche degli Assicurati.

Ari 26 Sez. 2 Modalità di valutazione del danno

Art 12 Sez 1 Coassicurazione

L'Impresa

Il Contraente



**C.T.P.spa Tarante
Allegato "A"**

PROFILO DI RISCHIO

3) Decorrenza: 01/06/2016

4) Scadenza: 30/05/2019

1) **Rischio assicurato: Infortuni professionali dell'Amministratore Unico, e Dirigenti subiti nell'esercizio dei loro incarichi anche in occasione dei trasferimenti, viaggi e trasferte resi necessari per l'espletamento delle loro funzioni**

2) Contraente: CTP spa Taranto

5) **Massimali di garanzia per persona: € 500.000,00 in caso di morte
€ 500.000,00 in caso di invalidità permanente € 100,00 al giorno in caso di inabilità**

6) **Frazionamento del premio: annuale**

7) **Persone assicurate: n. 1 AMMINISTRATORE UNICO Dott. FALCONE Roberto**

8) **Garanzie escluse: Per le persone appartenenti alla categoria indicata nel allegato, non si presente applicano le garanzie di cui agli articoli: Art. 1 8 Sez. 2 rimborso spese sanitarie Art.23 Sez. 2 responsabilità' del contraente**

9) **Beneficiari in caso di morte: le persone designate o, in mancanza gli eredi legittimi. Il premio finito complessivo sarà' riferito a tutte le persone comprensivo di tutti gli oneri previsti per legge.**

C.T.P.spa Tarante
Allegato "B"

PROFILO DEL RISCHIO

- 1) Rischio assicurato: Infortuni professionali ed extra professionale dei Dirigenti;
- 2) Contraente: C.T.P. spa Taranto
- 3) Decorrenza: 01/06/2016
- 4) Scadenza: 30/05/2019
- 5) Somme assicurate per persona:

cinque volte la retribuzione annua con il massimo di € 510.000,00 in caso di morte (M);

sei volte la retribuzione annua con il massimo di € 610.000,00 in caso di invalidità permanente (I. P.). Per i casi di invalidità permanente che limiti di almeno il 50% la capacità lavorativa del Dirigente assicurato, valutati in base alla tabella ali. I del D.P.R. 30/06/1965 n. 1124 e con i criteri di cui al Part. 17 Sez. 2 delle condizioni che regolano la assicurazione, e che rendano obiettivamente impossibile la prosecuzione del rapporto di lavoro o la costituzione di un rapporto simile presso altra azienda anche eventualmente con una diversa utilizzazione del Dirigente in occupazioni confacenti alle sue attitudini, verrà corrisposto un indennizzo pari al 100% del capitale assicurato per il caso di invalidità permanente totale;

e) € 10.000,00 per rimborso spese di cure ospedaliere integrative nell'assistenza di base, ivi compresi interventi chirurgici.

6) Frazionamento del premio: annuale

7) Persone assicurate

n. 3 Dirigenti

Pacucci Luigi	nato a Bari	il 15/02/1953
Cosimo Rochira	nato a Taranto il	il 28/02/1949
Giuseppe Portulano	nato a Taranto	il 21/08/1953

8) Garanzie escluse:

Per le persone appartenenti alla categoria indicata nel presente allegato, non si applica la garanzia di cui all'articolo Arti8 Sez. 2 inabilità temporanea.

9) Criteri ed elementi per la base del calcolo della liquidazione delle indennità : per la liquidazione delle indennità è considerata retribuzione annua dell'infortunato quella percepita nel mese precedente a quello in cui si è verificato l'infortunio, moltiplicata per dodici; a tale ammontare si aggiungeranno le somme relative a retribuzioni non pagabili ricorrentemente in ciascun mese e corrisposte effettivamente all'infortunato nei dodici mesi precedenti, purché su tali somme sia conteggiato o sia conteggiabile il premio di assicurazione.

10) Beneficiari in caso di morte: le persone designate o, in mancanza, gli eredi legittimi

11) Retribuzioni lorde annue corrisposte a tutto il personale dirigente nel 2015 € 325.378,00

12) Precisazioni sugli elementi costitutivi della retribuzione al fine del calcolo del premio.

Si considerano come retribuzioni, oltre allo stipendio tutti gli elementi costitutivi della retribuzione aventi carattere continuativo, ivi compresi le provvigioni, i premi di produzione ed ogni altro compenso ed indennità' anche se non di ammontare fisso, con l'esclusione di quanto corrisposto a titolo di rimborso spese e di emolumenti di carattere eccezionale. Fanno parte della retribuzione anche l'equivalente del vitto e dell'alloggio eventualmente dovuti nella misura convenzionalmente concordata, le partecipazioni agli utili e le gratifiche, anche non consecutive, e gli aumenti di gratifica anche non consuetudinari, corrisposti in funzione del favorevole andamento aziendale nonché l'ammontare degli aumenti corrisposti a titolo di meccanismo di variazione automatica. Si intendono cioè' per retribuzioni lorde annue le retribuzioni imponibili ai fini contributivi ai sensi dell'art. 12 della Legge 30 Aprile 1969 n. 153. Sono quindi esclusi tutti gli importi costituenti gli oneri contributivi pagati dal contraente.

13) Regolazione del premio:

il premio iniziale resterà' confermato per l'intera validità' della polizza Il premio finito complessivo sarà' riferito a tutte le persone assicurate e comprensivo di tutti gli oneri fiscali previsti per legge