

CONI SERVIZI S.p.A

Una Società per lo Sport

**Capitolato d'oneri relativo alla copertura assicurativa Infortuni per tutte le
categorie dei dipendenti della C.O.N.I. Servizi S.p.A.**

Febbraio 2005

DEFINIZIONI

Assicurazione:	il contratto d'assicurazione.
Polizza:	il documento che prova l'assicurazione.
Contraente:	il soggetto (persona fisica o giuridica) che stipula il contratto d'assicurazione.
Assicurato:	la persona il cui interesse è protetto dall'assicurazione.
Beneficiario:	il soggetto designato dall'Assicurato ad incassare l'indennità prevista in caso di morte dell'Assicurato stesso.
Impresa:	Società di assicurazioni con la quale è stipulato il contratto
Premio:	la somma dovuta dal Contraente all'Impresa.
Rischio:	la probabilità che accada il sinistro.
Sinistro:	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.
Indennizzo:	la somma dovuta dall'Impresa in caso di sinistro.
Franchigia:	la parte dell'indennizzo che rimane a carico dell'Assicurato

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE

Art.1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca 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. Tuttavia l'assicurazione vale nel caso di temporanea utilizzazione dell'Assicurato, da parte del Contraente, in mansioni diverse da quelle dichiarate in polizza.
- b) di ogni altra normale attività che egli svolga senza carattere di professionalità.

Sono compresi in garanzia anche:

- c) l'asfissia non d'origine morbosa;
- d) gli avvelenamenti, le intossicazioni, le lesioni da ingestione di cibo o da assorbimento di sostanze;
- e) il contatto accidentale con corrosivi;
- f) le infezioni e gli avvelenamenti da punture e morsi d'insetti, rettili ed animali;
- g) l'annegamento, l'affogamento ed il soffocamento;
- h) le influenze termiche ed atmosferiche in genere, le scariche elettriche, la folgorazione;
- i) le lesioni determinate da sforzi, esclusi gli infarti. Sono comprese in garanzia le ernie addominali traumatiche, con l'intesa che:
 - nel caso in cui l'ernia, anche se bilaterale non sia operabile secondo parere medico, sarà corrisposta un'indennità a titolo d'inabilità permanente non superiore al 10% della somma assicurata per il caso d'inabilità permanente assoluta;
 - se l'ernia è operabile, sarà corrisposta un'indennità per il caso d'inabilità temporanea sempreché sia prevista in polizza, fino ad un periodo di giorni 100 successivi a quello dell'infortunio.qualora insorga contestazione circa la natura e l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio Medico di cui all'articolo 28 - Controversie sulla natura delle lesioni - delle Norme che regolano l'Assicurazione;
- j) gli infortuni derivanti dalla forza della natura, compresi movimenti tellurici, maremoti, inondazioni, alluvioni, frane, valanghe, slavine, eruzioni vulcaniche.

In via esemplificativa e non limitativa, si precisa che la garanzia vale anche per gli infortuni subiti:

- k) in stato di malore, incoscienza, vertigini;
- l) per imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- m) durante l'uso e la guida di veicoli in genere e natanti;
- n) in conseguenza di scioperi, sequestri di persona, scippo e/o rapina, aggressioni,

- tumulti popolari o da atti di terrorismo, azioni di dirottamento o pirateria, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- o) durante la pratica, non professionale, di qualsiasi sport - escluso paracadutismo e sport aerei in genere - comprese le scalate di rocce ed accesso ai ghiacciai fino al III ° grado ed oltre purché non in solitario;
 - p) durante il servizio militare.

Art. 2. LIMITAZIONE AI RISCHI PROFESSIONALI (COMPRESO ITINERE)

Limitatamente alla categoria per la quale è richiamata la presente limitazione, l'assicurazione s'intende prestata per gli infortuni che le persone assicurate subiscano nell'esercizio delle occupazioni professionali principali e secondarie proprie della categoria d'appartenenza compresi i viaggi in itinere.

La garanzia comprende anche gli infortuni subiti in occasione di viaggi, trasferimenti e/o missioni di qualsiasi natura, compreso il tempo libero, in occasione di tutte le attività svolte per incarichi specifici al di fuori della normale sede di lavoro, inerenti alle occupazioni professionali.

La copertura decorre dall'inizio del viaggio e termina al rientro presso la sede di lavoro o presso l'abitazione dell'assicurato

Art. 3. LIMITAZIONE AI RISCHI EXTRA-PROFESSIONALI (COMPRESO ITINERE)

Limitatamente alla categoria per la quale è richiamata la presente limitazione, l'assicurazione s'intende prestata per gli infortuni che le persone assicurate subiscano in ogni altra attività che non abbia carattere professionale, compresi i viaggi in itinere.

Art.4. ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- a) dalla guida od uso di mezzi di locomozione aerei e subacquei, salvo quanto previsto per il rischio volo di cui all'articolo 10 - Rischio Volo - delle Norme che regolano l'Assicurazione;
- b) da stato d'ubriachezza se alla guida di veicoli;
- c) sotto l'influenza di psicofarmaci o da uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni;
- d) da operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio;
- e) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- f) da trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o da esposizione a radiazioni ionizzanti.
- g) durante l'arruolamento volontario, il richiamo alle armi per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;
- h) da guerra o insurrezioni. Ciononostante la garanzia s'intende estesa agli infortuni derivanti da stato di guerra, per il periodo massimo di 15 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato sia sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero.
- i) Sono lo stesso esclusi dalla garanzia gli infortuni derivanti dalla predetta causa che colpisca l'Assicurato nel territorio italiano, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.

Art.5. MORTE

La somma assicurata per il caso di morte è liquidata purché il decesso dell'Assicurato sia conseguente ad infortunio risarcibile secondo la polizza e questa occorra, anche se successiva alla scadenza del contratto, entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio stesso è avvenuto.

Se il corpo dell'Assicurato non è trovato entro un anno dopo la scomparsa, l'arenamento, l'affondamento od il naufragio del mezzo di trasporto aereo, lacuale, fluviale o marittimo, in servizio pubblico e/o privato, non escluso dall'articolo 10 - Rischio Volo - delle Norme che regolano l'Assicurazione, sarà riconosciuto il risarcimento previsto per il caso di morte considerando l'evento di cui sopra come l'infortunio.

L'Impresa in occasione di arenamento, naufragio, atterraggio forzato e simili eventi, corrisponderà la somma assicurata per il caso di Morte anche in quei casi in cui gli avvenimenti di cui sopra non siano causa diretta dell'infortunio ma, in conseguenza della zona e/o del clima, o d'altre situazioni concomitanti (per esempio: perdita d'orientamento), l'Assicurato si trovi in condizioni tali da subire la morte o lesioni organiche permanenti.

Qualora in conseguenza del medesimo evento l'impresa sia tenuta alla liquidazione di un capitale Morte per entrambi i genitori, sarà raddoppiata la parte di beneficio spettante ai figli minori e/o in ogni caso a carico. Il maggior esborso a carico dell'impresa non potrà superare € 100.000,00 per ciascun Assicurato.

La Compagnia liquida ai figli e/o al coniuge non legalmente separato dell'Assicurato e/o al convivente, beneficiari dell'assicurazione, la somma convenuta per il caso di Morte aumentata del 100% quando l'Assicurato muore in conseguenza di un infortunio subito a seguito di reato di rapina, tentata rapina, estorsione, sequestro, tentato sequestro, messi in atto nei confronti dell'Assicurato stesso. Per questa specifica estensione l'esposizione massima dell'Impresa non potrà in ogni caso essere superiore a € 250.000,00, indipendentemente dall'eventuale maggior somma assicurata per il caso di Morte.

L'Impresa dà e prende atto che beneficiari delle somme garantite in caso di Morte degli assicurati, s'intendono gli eredi legittimi e/o testamentari, salvo diversa dichiarazione scritta rilasciata dagli Assicurati (dichiarazione scritta che può essere conservata presso la Contraente).

Art.6. INCAPACITÀ D'INTENDERE E DI VOLERE - MORTE SOPRAGGIUNTA

A parziale deroga delle Condizioni Generali d'Assicurazione, qualora a seguito d'infortunio indennizzabile a termini di polizza sia residuata all'Assicurato un'invalidità permanente e costui si venisse a trovare nell'incapacità di intendere e di volere, gli eredi od i beneficiari designati in polizza per il caso Morte, avranno pieno titolo per far valere i diritti dell'Assicurato e richiedere all'Impresa la liquidazione dell'indennizzo spettante, rilasciando alla stessa quietanza liberatoria, fermo quanto previsto per il caso che, a liquidazione dell'invalidità Permanente avvenuta, dovesse (entro due anni dalla data dell'infortunio ed in conseguenza di questo) sopraggiungere la Morte.

Fermo quanto contrattualmente contemplato relativamente ai casi di Morte e d'invalidità Permanente, resta convenuto fra le Parti che le indennità previste in polizza per:

- ricovero in Istituto di cura;
- applicazione d'apparecchio gessato od altro tutore immobilizzante equivalente;
- rimborso spese di cura;
- rimborso spese di trasporto dall'estero o rimpatrio della salma;

- danni estetici;

sono liquidabili agli eredi designati in contratto, qualora a seguito dell'infortunio od anche per cause indipendenti da lui, l'Assicurato dovesse morire prima di avere potuto riscuotere quanto di sua spettanza e diritto a termini della presente polizza per i titoli di cui sopra.

Gli eredi designati in contratto avranno altresì titolo, in caso di comprovata incapacità dell'Assicurato, per richiedere all'impresa (presentando i giustificativi previsti) la corresponsione d'anticipi mensili sull'indennità dovuta e da computarsi nella liquidazione definitiva, rilasciando all'impresa ampia e liberatoria quietanza nel caso che lo stato d'incapacità dell'Assicurato dovesse permanere anche al termine del ricovero, della cura o del periodo massimo di garanzia pattuito per il caso di specie.

Art. 7. RIMBORSO DELLE SPESE DI TRASPORTO - RIMPATRIO DELLA SALMA

In caso d'infortunio indennizzabile a termini di polizza ed avvenuto all'estero, l'impresa assicura, sino alla concorrenza di € 2.500,00 e per ogni assicurato:

- il rimborso delle spese di trasporto con qualsiasi mezzo sostenute dall'Assicurato in caso d'infortunio che richieda il Suo trasporto in Istituto di cura attrezzato in Italia e/o alla Sua residenza;
- il rimborso delle spese sostenute - in caso di decesso - per il rimpatrio della salma dell'Assicurato sino al luogo di sepoltura in Italia.

L'impresa effettua il rimborso previa presentazione dei documenti giustificativi di spesa in originale: a richiesta dell'Assicurato od aventi causa l'impresa restituirà i predetti originali, previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato.

Art.8. INVALIDITÀ PERMANENTE

Se l'infortunio ha per conseguenza un'invalidità permanente e questa, anche se successiva alla scadenza del contratto, si verifica entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, l'impresa liquida per tale titolo, l'indennità calcolandola sulla somma assicurata secondo le percentuali previste dalla Tabella per l'industria allegata al Regolamento per l'esecuzione del D.P.R. 30/06/1965 n.° 1124.

L'impresa rinuncia all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla Legge stessa in caso d'infortunio.

Per gli Assicurati mancini, le percentuali d'invalidità Permanente previste della precitata tabella per l'arto superiore destro varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa. Nel caso in cui l'Assicurato subisca un infortunio ad un arto superiore o ad una mano o ad un avambraccio e fosse che questi erano gli unici perfettamente integri, o tali che fossero usati come "destri", si terrà conto di ciò anche nella valutazione del grado d'invalidità permanente, fermo restando il disposto dell'articolo 26 - Criteri Indennizzabilità - delle Norme che regolano l'Assicurazione.

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

Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti, l'indennità è stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al massimo del 100% (cento per cento). Per le singole falangi terminali delle dita, escluso il pollice, si considera invalidità permanente soltanto l'asportazione totale.

L'indennità per la perdita funzionale o 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 d'invalidità permanente non specificati nella Tabella D.P.R. 30/06/1965 n°1124 l'indennità è stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi elencati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla sua professione. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali sopraindicate sono diminuite tenendo conto del grado d'invalidità preesistente.

L'impresa in occasione d'arenamento, naufragio, atterraggio forzato e simili eventi, corrisponderà la somma assicurata per il caso d'invalidità Permanente anche in quei casi in cui gli avvenimenti di cui sopra non siano causa diretta dell'infortunio ma, in conseguenza della zona del clima, o d'altre situazioni concomitanti (per esempio: perdita d'orientamento), l'Assicurato si trovi in condizioni tali da subire la morte o lesioni organiche permanenti.

Se è dichiarato, trascorso un anno dall'infortunio, lo stato di "coma irreversibile" sarà liquidato ai beneficiari previsti in polizza il 100% della somma assicurata.

Art.9. FRANCHIGIA PER L'INVALIDITÀ PERMANENTE - RISCHI EXTRA-PROFESSIONALI ED "IN ITINERE"

A deroga delle Condizioni Generali d'Assicurazione si conviene tra le Parti che la liquidazione degli infortuni Extra-Professionali o avvenuti "in itinere", da casa al lavoro e viceversa, con postumi a carattere invalidante permanente, è soggetta alle seguenti franchigie assolute:

- per tutte le categorie, esclusi i Dirigenti, franchigia fissa del 3%.
- nel caso in cui l'invalidità permanente sia di grado superiore ai 20% della totale l'impresa liquida l'indennità senza deduzione d'alcuna franchigia.

Art.10. RISCHIO VOLO

L'assicurazione vale anche per gli infortuni che l'Assicurato subisca mentre effettua come passeggero (non come pilota o membro dell'equipaggio) viaggi aerei su aeromobili (compresi elicotteri) in servizio pubblico di linee regolari compresi i voli charter ed effettuati con velivoli presi a noleggio da Società che eserciscono in servizio pubblico linee aeree regolari. La garanzia è, altresì, estesa agli infortuni che occorressero all'Assicurato mentre effettua, come passeggero, viaggi su aerei di proprietà privata, compresi gli elicotteri, muniti di regolare certificato di navigabilità rilasciato dall'Ente Aeronautico Civile del Paese in cui l'aeromobile stesso è registrato e condotti da un pilota (l'Assicurato in ogni caso escluso) regolarmente patentato.

L'estensione non è valida per monomotori ed Aeroclubs; sono inoltre esclusi gli aerei di proprietà dell'Assicurato e/o Contraente.

Art.11. CONCENTRAZIONE

Qualora più persone assicurate viaggino contemporaneamente sul medesimo mezzo di trasporto terrestre, navale od aereo, l'impresa garantisce le indennità complessive massime di € 10.000.000,00 in caso di Morte e di € 10.000.000,00 in caso d'invalidità Permanente ancorché le singole applicazioni di garanzia, effettuate nei modi stabiliti dal contratto, indichino complessivamente indennità superiori.

La riduzione conseguente ai limiti che precedono sarà effettuata proporzionalmente alla

somma assicurata per ogni persona, mentre l'impresa accrediterà al Contraente il premio conteggiato in più per le somme assicurate eccedenti € 10.000.000,00.

Art.12. SPESE MEDICHE

In aggiunta a quanto previsto dalle Condizioni d'Assicurazione, l'impresa rimborsa agli Assicurati per i quali è prestata la garanzia, in caso d'infortunio risarcibile a termini di polizza, il costo delle cure mediche fino a concorrenza, per ogni evento, dell'importo di € 2.500,00.

Per cure mediche s'intendono:

- spese mediche e di cura praticate presso ambulatori, Pronto Soccorso, Istituti di Cura o a domicilio;
- onorari a medici, chirurghi e dell'équipe operatoria;
- uso della sala operatoria, materiale d'intervento, apparecchi terapeutici ed endoprotesi applicati durante l'intervento;
- rette di degenza;
- trasporto dell'Assicurato in ospedale, clinica ed il ritorno a casa effettuato con ambulanza e/o altro mezzo attrezzato specificatamente;
- accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio;
- spese per il trasporto su ambulanze e/o mezzi speciali di soccorso, compreso il trasferimento aereo, all'istituto di cura o all'ambulatorio;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi, spese farmaceutiche e spese per l'assistenza domiciliare, da parte di personale sanitario qualificato, purché prescritte dal medico curante;
- spese per la prima protesi, escluse in ogni caso le protesi dentarie;
- prestazioni mediche ed infermieristiche, medicinali, acquisto e/o noleggio d'apparecchi protesici o sanitari incluse carrozzelle ortopediche;
- azioni di ricerca e/o di salvataggio.

Rimangono espressamente escluse le spese sostenute per operazioni di plastica, salvo quelle necessarie per eliminare o contenere il grado d'invalidità permanente. Tuttavia, nel caso in cui l'infortunio, non escluso dalle condizioni di polizza, abbia conseguenze di carattere estetico che non comportino risarcimento a titolo d'invalidità Permanente, l'impresa rimborserà sino ad un massimo di € 2.500,00 le spese documentate sostenute dall'Assicurato per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico, nonché gli interventi di chirurgia plastica ed estetica.

L'impresa effettua il rimborso previa presentazione dei documenti giustificativi di spesa in originale, ed il pagamento è effettuato a cura ultimata: a richiesta dell'Assicurato od aventi causa l'impresa restituirà i predetti originali, previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato.

Art.13. DANNI ESTETICI CONSEGUENTI AD INFORTUNIO

Se l'infortunato ha per conseguenza lesioni al viso che determinano deturpazioni e/o sfregi permanenti, l'impresa liquida un'ulteriore indennità a titolo d'invalidità permanente con una franchigia assoluta del 5%.

Pertanto l'Impresa non liquida alcuna indennità se la deturpazione e/o lo sfregio determina un'invalidità permanente di grado non superiore al 5% della totale; se invece tale invalidità permanente è superiore al 5% della totale, l'impresa liquida l'indennità solo per la parte eccedente e fino al massimo indennizzo di € 15.000,00.

Art.14. MALATTIE PROFESSIONALI

La garanzia s'intende prestata anche per le malattie professionali riconosciute per l'industria esercita dal Contraente dal D.P.R. del 30/06/1965 n°1124 e successive modifiche intervenute fino alla data di stipulazione del presente contratto, che si manifestino nel corso della validità del presente contratto e che producano la morte o riducano l'attitudine al lavoro. A tale riguardo il Contraente dichiara che all'atto del perfezionamento del presente contratto gli assicurati, non presentano alcuna manifestazione morbosa riferibile alle predette malattie;

In caso d'invalidità permanente causata da malattia professionale, la valutazione delle percentuali di permanente è effettuata in base alla tabella annessa al D.P.R. del 30/06/1965 n°1124 e con l'applicazione da parte dell'Impresa della franchigia relativa prevista dalla Legge, con l'intesa che le percentuali indicate nella tabella anzi detta vengano in ogni caso riferite ai capitali assicurati indicati in polizza per il caso d'invalidità permanente assoluta e che la liquidazione è fatta dall'Impresa in contanti anziché sotto forma di rendita.

Il termine per la valutazione dell'invalidità permanente da malattia professionale è stabilito in 18 mesi dalla data di denuncia della malattia.

Art.15. MALATTIE TROPICALI

L'assicurazione è estesa alle malattie tropicali previste dalle disposizioni di legge in materia.

La garanzia è prestata sino alla concorrenza delle somme stabilite per le garanzie infortuni con il massimo di € 500.000,00 in caso di Morte e di € 500.000,00 per Invalidità Permanente.

La somma assicurata per l'invalidità Permanente è soggetta ad una franchigia del 20%; pertanto non si farà luogo ad indennizzo alcuno quando questa sia di grado inferiore al 20% della totale; se invece, l'invalidità permanente supera il 20% della totale sarà corrisposto l'indennizzo in rapporto al grado d'invalidità Permanente residuo.

Il Contraente dichiara, agli effetti della presente estensione, che gli Assicurati si trovano in perfette condizioni di salute e che saranno sottoposti alle prescritte pratiche di profilassi.

Art. 16. LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 17. DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO - BUONA FEDE

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, così come qualsiasi errore e/od omissione involontaria e non intenzionale della stessa, e/o delle persone di cui debba rispondere a norma di legge, nonché dei suoi Amministratori, non pregiudicheranno questa polizza.

Art. 18. ASSICURAZIONE PER CATEGORIE

L'assicurazione è prestata per ciascuna persona alle dipendenze del Contraente, appartenente alle categorie precisate in Scheda di Copertura con i seguenti limiti:

A. in caso Morte

- Per una somma corrispondente a n. 2 volte la retribuzione annua, con il massimo di € 1.000.000,00 per la categoria Dirigenti ;
- Per una somma corrispondente a n. 2 volte la retribuzione annua, con il massimo di € 200.000,00 per le altre categorie.

B. in caso di Invalidità Permanente da Infortunio

- Per una somma corrispondente a n. 3 volte la retribuzione annua, con il massimo di € 1.250.000,00 per la categoria DIRIGENTI;
- Per una somma corrispondente a n. 3 volte la retribuzione annua, con il massimo di € 300.000,00 per le altre categorie.

Si conviene tra le Parti che la promozione di un dipendente ad altra categoria e/o l'assunzione di un dipendente con qualifica del medesimo in una delle categorie assicurate (anche se non attivata al momento di stipulazione del contratto per mancanza di dipendenti ascritti a quella categoria) non deve essere preventivamente segnalata alla Compagnia e la garanzia varrà automaticamente nei confronti del medesimo nei termini e secondo i parametri fissati in polizza per la categoria cui è ascritto e ciò dalla data di promozione e/o assunzione risultante dalle rispettive lettere e/o dai libri paga e matricola e dalle altre evidenze societarie cui la Contraente è tenuta secondo la legge ed il premio relativo sarà pagato dalla Contraente in sede di regolazione alla fine dell'annualità assicurativa come previsto dalla Condizione Particolare "Regolazione del Premio.

Art.19. ASSICURAZIONE IN BASE ALL'AMMONTARE DELLE RETRIBUZIONI

- 1) Agli effetti assicurativi per "retribuzione annua" s'intende quanto, al lordo delle ritenute il dipendente effettivamente riceve in compenso delle sue prestazioni, purché sia registrato nel "libro stipendi" prescritto a sensi di Legge.
- 2) Per la liquidazione delle indennità è considerata retribuzione annua" dell'infortunato quella come sopra percepita nei 12 mesi precedenti quello in cui si è verificato l'infortunio; nel caso in cui l'infortunato non abbia raggiunto l'anno di servizio, è considerata "retribuzione annua" quella ottenuta moltiplicando per 365 la retribuzione media giornaliera attribuibile all'infortunato per il periodo compreso fra la data d'assunzione in servizio e quella dell'infortunio.
- 3) Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per l'identificazione di tali persone, per la determinazione delle somme assicurate e per il computo del premio si farà riferimento alle risultanze dei libri d'amministrazione del Contraente, libri che questi si obbliga di esibire in qualsiasi momento, insieme con ogni altro documento probatorio in suo possesso, a semplice richiesta delle persone incaricate dall'impresa di fare accertamenti e controlli.
- 4) Il tasso di premio è pattuito nella cifra specificata nel conteggio di liquidazione per ogni mille Euro di retribuzione computata ai sensi di cui al precedente punto 1). Al premio risultante saranno applicati gli sconti e le maggiorazioni eventualmente pattuiti ed aggiunte le addizionali e la tassa governativa. Il premio è anticipato dal Contraente in base al preventivo annuo di retribuzione pure specificato nel conteggio di liquidazione.

Art.20. CALCOLO DEL PREMIO - REGOLAZIONE DEL PREMIO DEFINITIVO

Affinché l'impresa possa procedere alla regolazione del premio definitivo, entro 120 giorni dalla fine d'ogni anno d'assicurazione, o del minor periodo di durata del contratto, la Contraente è tenuta a comunicare all'Impresa stessa l'ammontare complessivo delle retribuzioni erogate al personale assicurato.

Le differenze attive o passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate / rimborsate nei 45 giorni dalla relativa comunicazione.

Se il Contraente non effettua il pagamento della differenza attiva dovuta, l'impresa può agire giudizialmente nei suoi confronti addebitando anche le maggiori spese sostenute e dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie gli obblighi relativi alla regolazione del premio, l'impresa, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

Criteria per la determinazione del premio

Qualifica	N°	R.A.L. Annuale Lorda
Dirigenti	86	€ 8.900.000,00
Altre categorie	2000	€ 54.000.000,00
TOTALE		€ 62.000.000,00

Il premio anticipato, assunto a base della regolazione del premio definitivo, è calcolato sul 75% delle R.A.L. - Retribuzioni Annuale Lorde - indicate nella tabella:

Art.21. CLAUSOLA DIRIGENTI

Limitatamente per le persone con la qualifica di Dirigente:

- a) la garanzia s'intende prestata anche per le malattie professionali riconosciute per l'industria esercitata dal Contraente dal D.P.R. del 30/06/1965 n°1124 e successive modifiche intervenute fino alla data di stipulazione del presente contratto, che si manifestino nel corso della validità del presente contratto e che producano la morte o riducano l'attitudine al lavoro. A tale riguardo il Contraente dichiara che all'atto del perfezionamento del presente contratto i Dirigenti, da ritenersi assicurati, non presentano alcuna manifestazione morbosa riferibile alle predette malattie;
- b) in caso d'invalidità permanente causata da malattia professionale, la valutazione delle percentuali di permanente è effettuata in base alla tabella annessa al D.P.R. del 30/06/1965 n°1124 e con l'applicazione da parte dell'Impresa della franchigia relativa prevista dalla Legge, con l'intesa che le percentuali indicate nella tabella anzi detta vengano in ogni caso riferite ai capitali assicurati indicati in polizza per il caso d'invalidità permanente assoluta e che la liquidazione è fatta dall'Impresa in contanti anziché sotto forma di rendita.
Il termine per la valutazione dell'Invalidità Permanente da malattia professionale è stabilito in 18 mesi dalla data di denuncia della malattia.
- c) Qualora in conseguenza d'infortunio o di una malattia professionale, l'attitudine al lavoro dell'Assicurato sia permanentemente ridotta in misura non inferiore al 50% e in modo tale da non consentire la prosecuzione del rapporto d'impiego, la somma assicurata per il caso d'invalidità permanente è liquidata al 100%.

Art. 22. PERSONE NON ASSICURABILI

L'assicurazione non è valida:

- a) per le persone d'età superiore ai 75 anni, mentre per quelle già assicurate cessa alla scadenza annuale immediatamente successiva al compimento del settantacinquesimo anno, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso saranno restituiti al Contraente;
- b) per le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, epilessia o dalle seguenti infermità mentali: schizofrenia, sindromi organico-cerebrali, forme maniaco-depressive, stati paranoici; l'assicurazione cessa col manifestarsi di una delle predette condizioni.

Si dà atto che sono assicurabili contro gli infortuni anche le persone affette da diabete e da infermità gravi e permanenti, fermo restando che sono escluse dall'assicurazione le rispettive conseguenze. Pertanto, in caso d'infortunio l'impresa corrisponde l'indennità a sensi dell'articolo di cui all'articolo 26 - Criteri Indennizzabilità - delle Norme che regolano l'Assicurazione.

Art. 23. ASPETTATIVA

L'assicurazione è estesa al personale dipendente che per qualsiasi motivo possa essere in aspettativa volontaria, malattia, infortunio, maternità o possa essere soggetto ad altre forme di prestazioni lavorative parziali quali, ad esempio, part-time, orario ridotto, cassa integrazione; sia esso con retribuzione ridotta o senza retribuzione.

Per la determinazione dei capitali assicurati si farà riferimento alla retribuzione annua lorda di fatto virtuale riferita al momento dell'infortunio.

Per retribuzione di fatto virtuale s'intende la retribuzione equivalente a quella che sarebbe stata corrisposta qualora il dipendente fosse stato regolarmente in servizio al momento dell'infortunio.

Art.24. INTEGRATIVITÀ DELL'ASSICURAZIONE

Agli effetti d'eventuali presenti e futuri obblighi d'assicurazione a sensi di Legge, la presente polizza ha carattere del tutto indipendente e valore integrativo.

Art. 25. DENUNCIA D'INFORTUNIO - OBBLIGHI RELATIVI

La denuncia dell'infortunio, con l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che lo determinarono, corredata di certificato medico, deve essere fatta per iscritto all'impresa entro 15 giorni lavorativi dall'infortunio e dal momento in cui il Contraente, l'Assicurato o gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità.

Successivamente l'Assicurato deve inviare certificati medici sul decorso delle lesioni. Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, deve essere dato immediato avviso all'impresa.

L'Assicurato o, in caso di morte il beneficiario, devono consentire le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dall'impresa, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso.

Art.26. CRITERI INDENNIZZABILITA'

L'impresa corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute;

pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili. Parimenti, nei casi di preesistente mutilazione o difetto fisico, l'indennizzo per invalidità permanente è liquidato per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti, fermo quanto stabilito dall'articolo di cui all'articolo 8 - Invalidità Permanente - delle Norme che regolano l'Assicurazione.

Fermo restando quanto disposto dall'articolo 22 - Persone non assicurabili - delle Norme che regolano l'Assicurazione, si dà atto che il Contraente è esonerato dal denunciare difetti fisici, infermità o mutilazioni di cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione del contratto o che dovessero in seguito sopravvenire. In caso d'infortunio, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette causate dall'infortunio.

Art.27. CUMULO INDENNIZZI

Se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, l'impresa corrisponde ai beneficiari designati, o in difetto, agli eredi dell'Assicurato in parti eguali, la differenza tra l'indennizzo pagato e quello assicurato per il caso di morte, ove questo sia superiore, e non chiede il rimborso nel caso contrario.

Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennizzo sia stato liquidato o comunque offerto in misura determinata, l'impresa paga agli eredi l'importo liquidato od offerto secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

Art.28. CONTROVERSIE SULLA NATURA E CONSEGUENZE DELLE LESIONI

In caso di controversia sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni o sul grado d'invalidità permanente le Parti possono conferire mandato ad un Collegio di tre medici (uno per parte più un terzo designato dai primi due) i quali tenendo presenti le condizioni di polizza e le norme di Legge, prenderanno decisioni inappellabili e vincolanti per le Parti.

È data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'Invalidità Permanente ad epoca da fissarsi dal Collegio stesso, ma entro due anni, nel qual caso il Collegio può concedere una provvisoria sulle indennità da imputarsi nella liquidazione finale.

Il Collegio risiederà presso il Tribunale di Roma; ciascuna Parte sosterrà le proprie spese e concorrerà nella misura del 50% (cinquanta per cento) al pagamento del terzo medico.

La decisione del Collegio medico è obbligatoria per le Parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale, purché ciò risulti dagli atti.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art.1- DURATA DEL CONTRATTO

Il contratto avrà durata triennale.

La polizza cesserà alla sua naturale scadenza senza obbligo di disdetta.

Se la polizza sarà stipulata per un periodo di più annualità sarà comunque in facoltà delle Parti di rescinderla al termine di ogni periodo assicurativo annuo, mediante lettera raccomandata da spedirsi almeno 120 giorni prima della scadenza annuale.

Art. 2 - BASE DI GARA

Il premio imponibile annuo posto a base di gara ammonta ad un importo massimo di € 250.000,00 (duecentocinquantamila/00 euro).

Il valore del premio contrattuale sarà determinato sulla base dell'offerta economica presentata dall'impresa aggiudicataria.

Art. 3 - CONTRATTI SEPARATI PER CATEGORIA PROFESSIONALE

Ferme restando le condizioni assicurative previste dalla presente polizza ed il valore del premio, è ammessa la possibilità di stipulare due o più contratti per assicurare separatamente ciascuna delle categorie professionali indicate nella tabella contenuta all'art. 20 delle Norme che regolano l'assicurazione.

Art.4 -DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE - PAGAMENTO DEL PREMIO

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio è stata pagata; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 45° giorno dopo la scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze. I premi devono essere pagati all'Impresa. Il premio è sempre determinato per periodi d'assicurazione di un anno, salvo in caso di contratti di durata inferiore, ed è interamente dovuto, anche se ne sia stato concesso il frazionamento in due o più rate.

Art.5 - VARIAZIONE NELLA PERSONA DEL CONTRAENTE

In caso d'alienazione dell' azienda o di parte delle attività alle quali sono addette le persone assicurate, il Contraente, fermo l'onere del pagamento del premio per il periodo d'assicurazione in corso, deve trasmettere all'acquirente l'obbligo di mantenere il contratto per la parte che lo riguarda.

In caso di fusione della Società contraente con una o più società, il contratto continua con la società costituita.

Nei casi di trasformazione, di cambiamento di denominazione o di ragione sociale, il contratto continua con la Società nella sua nuova forma o sotto la nuova denominazione o ragione sociale.

Nei casi di scioglimento della Società contraente o di sua messa in liquidazione, il

contratto continua fino alla chiusura della liquidazione.

Le variazioni sopra indicate devono essere comunicate per iscritto dal Contraente entro il termine di quindici giorni dal loro verificarsi, all'impresa, la quale nei trenta giorni successivi ha facoltà di recedere dal contratto, con effetto dalla prima scadenza annuale successiva, dandone comunicazione con preavviso di quindici giorni.

Art. 6 -VARIAZIONI DI RISCHIO

Il Contraente ha l'obbligo di dare immediata comunicazione scritta all'impresa di ogni variazione che intervenga a modificare ogni elemento del rischio. Se la variazione implica diminuzione del rischio, l'impresa provvederà a ridurre in proporzione il premio dalla scadenza annuale successiva alla comunicazione fatta dal Contraente.

Se la variazione implica aggravamento del rischio, l'impresa ha facoltà di recedere dal contratto con preavviso di sessanta giorni, salvo accordo tra le Parti per la prosecuzione del contratto stesso con apposito atto di variazione.

Art.7- INTERVENTO IN QUIETANZA DEL CONTRAENTE,

La presente assicurazione è stipulata dal Contraente, oltre che in adempimento agli accordi collettivi contrattuali vigenti o futuri, anche allo scopo di garantirsi da ogni onere che gli potesse derivare dalla morte degli Assicurati o da un'Invalidità degli stessi, sia che ricorra in conseguenza dell'infortunio una propria responsabilità a sensi di legge, sia che esso debba corrispondere indennità di qualsiasi specie in dipendenza del rapporto esistente con la Contraente stessa.

Art. 8 -MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE – COMUNICAZIONI

Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere provate per iscritto. Tutte le comunicazioni previste dal contratto, devono essere effettuate per iscritto.

Art. 9 -DIRITTO DI RIVALSA

L'Impresa rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi causa, al diritto di rivalsa di cui all'articolo 1916 Codice Civile verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Art.10 -CAUZIONE

Entro sette giorni dalla comunicazione dell'affidamento all'impresa e comunque prima della stipula della polizza, l'impresa deve costituire, a garanzia dell'esecuzione del contratto stesso, un deposito cauzionale pari al 5% del corrispettivo contrattuale, secondo una delle seguenti modalità:

- in valuta legale, mediante versamento presso la Banca Nazionale del Lavoro. La ricevuta del suddetto versamento è considerato documento probatorio dell'avvenuta costituzione;
- in titoli al portatore di Stato o garantiti dallo Stato, provvisti delle cedole in corso, valutati al prezzo della valutazione della Borsa di Roma nel giorno precedente a quello

del versamento. Il deposito in titoli deve essere costituito presso l'Istituto Tesoriere con vincolo a favore della CONI Servizi S.p.A.;

- mediante fidejussione prestata da un primario istituto di credito;
- mediante polizza fidejussoria prestata da una delle società di assicurazioni elencate nel decreto 16 novembre 1993, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale – Serie Generale – n° 275 del 23 novembre 1993 e successive modificazioni, nonché da intermediari finanziari di cui all'art.106 del D.lgs. 1° settembre 1993, n.385.

Nel caso di costituzione della cauzione mediante fidejussione bancaria o polizza assicurativa, la stessa dovrà:

- avere la durata fino a 180 giorni successivi alla scadenza del contratto;
- prevedere il pagamento da parte del fidejussore a prima, semplice ed incondizionata richiesta della CONI Servizi S.p.A.;
- escludere il beneficio della preventiva escussione dell'impresa aggiudicataria.

Nessun interesse è dovuto all'aggiudicatario sulle somme costituenti la cauzione, le cedole relative ai titoli costituiti in deposito saranno incassate dalla CONI Servizi SpA ed il corrispettivo sarà versato al depositante.

Art.11 - COMPETENZA TERRITORIALE

Per ogni controversia è competente il Foro di Roma. Le Parti rinunciano espressamente a valersi del disposto degli articoli 282 e 648 Codice di Procedura Civile.

Art.12 – LIQUIDAZIONE

Ricevuta la necessaria liquidazione, compiuti gli accertamenti, l'Impresa liquida l'indennità che sia dovuta, né da comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione provvede al pagamento.

L'indennità sarà corrisposta in Italia in Euro.

Art.13 - ONERI FISCALI

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