

**FONDAZIONE CENTRO SPERIMENTALE  
DI CINEMATOGRAFIA**

Lotto n. 2  
Polizza INFORTUNI

**DEFINIZIONI**

Nel testo che segue, si intendono per:

<b>Assicurazione:</b>	il contratto di assicurazione
<b>Polizza:</b>	il documento che prova l'assicurazione
<b>Contraente:</b>	il soggetto che stipula l'assicurazione
<b>Assicurato:</b>	la persona fisica o giuridica il cui interesse è protetto dall'assicurazione
<b>Società:</b>	l'impresa assicuratrice
<b>Broker:</b>	In Più Broker Srl cui è demandata la gestione della presente polizza
<b>Premio:</b>	la somma dovuta dal Contraente alla Società
<b>Sinistro:</b>	il fatto verificatosi durante il periodo di efficacia dell'assicurazione
<b>Infortunio:</b>	l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, un'inabilità permanente oppure una inabilità temporanea
<b>Indennizzo:</b>	la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro
<b>Scoperto/Franchigia:</b>	la parte di danno che rimane a carico dell'Assicurato
<b>Rischio:</b>	la probabilità che si verifichi il sinistro
<b>Beneficiario:</b>	il soggetto al quale, in caso di morte dell'Assicurato, deve essere pagata la somma garantita

**Sezione I - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE****Art. 1 — Dichiarazioni relative alle circostanze di rischio**

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

Resta inteso che il Contraente avrà l'obbligo di corrispondere alla Società il maggior premio proporzionalmente al maggior rischio che ne deriva, con decorrenza dal momento in cui la circostanza aggravante si è verificata.

**Art. 2 — 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/Assicurato ai sensi dell'art. 1897 del C.C. e rinuncia al relativo diritto di recesso.

**Art. 3 — Pagamento del premio e decorrenza della garanzia**

A parziale deroga dell'art. 1901 C.C. il Contraente è tenuto al pagamento della prima rata di premio entro 60 giorni dal ricevimento della polizza, fermo restando l'effetto dell'operatività della copertura dalle ore 24 del giorno indicato in polizza, che altrimenti avrà effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Se il Contraente non paga i premi per le rate successive l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 60° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento ferme le successive scadenze (art. 1901 C.C.).

Per ogni ulteriore variazione/modifica che determini corresponsione di premio, lo stesso dovrà essere versato entro 60 giorni dal ricevimento del relativo documento contrattuale.

I premi potranno essere pagati alla Direzione della Società o alla sede dell'Agenzia alla quale è assegnata la polizza, anche per il tramite del broker.

**Art. 4 — Durata del contratto**

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del 31/10/2014 e scadrà alle ore 24 del 31/10/2016, senza tacito rinnovo alla scadenza finale. Si conviene che le Parti hanno la facoltà di recedere dal contratto dalla prima scadenza annuale con lettera raccomandata da inviarsi con almeno 90 (novanta) giorni di anticipo rispetto a ciascuna scadenza annuale.

E' facoltà delle Parti concordare una proroga temporanea della presente assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche, per un periodo massimo di 120 giorni decorrenti dalla scadenza, finalizzata all'espletamento delle procedure di gara per l'aggiudicazione della nuova assicurazione.

**Art. 5 — Modifiche dell'assicurazione**

Le eventuali modificazioni dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

**Art. 6 — Recesso in caso di sinistro**

Dopo ogni sinistro e fino al sessantesimo giorno dalla definizione dei rapporti tra le Parti, la Compagnia ed il Contraente hanno facoltà di recedere dal contratto con preavviso di 120 (centoventi) giorni da darsi con lettera Raccomandata A.R.

In ambedue i casi di recesso la Compagnia rimborserà al Contraente i ratei di premio pagati e non goduti, escluse le tasse.

Non è ammesso il recesso della Società dalla garanzia di singoli rischi o parti dell'assicurazione, salvo esplicita accettazione da parte dell'Assicurato e conseguente riduzione del premio.

**Art 7 — Forma delle comunicazioni**

Tutte le comunicazioni del Contraente e dell'Assicurato possono essere fatte a mezzo raccomandata, raccomandata a mano, telex, telegramma, telefax o altro mezzo idoneo atto a comprovare la data ed il contenuto.

**Art. 8 — Oneri fiscali**

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

**Art. 9— Foro competente**

Per le controversie relative al presente contratto è competente esclusivamente l'autorità giudiziaria del luogo della sede del Contraente.

**Art. 10— Rinvio alle norme di legge**

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

**Art. 11 — Interpretazione del contratto**

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

**Art. 12 — Obbligo di fornire i dati sull'andamento del rischio**

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

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

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

**Art. 13 — Validità esclusiva delle norme dattiloscritte**

Si intendono operanti solo le norme dattiloscritte.

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

**Art. 14 .— Clausola broker**

Il Contraente incarica In Più Broker Srl della gestione ed esecuzione della presente polizza per tutta la durata, proroghe, rinnovi e/o sostituzioni, in qualità di Broker ai sensi della L. 792/84 come modificata dal D. Lgs. 07109/2005 n. 209 (Nuovo Codice delle Assicurazioni Private). Pertanto, agli effetti delle condizioni della presente polizza gli Assicuratori danno atto che ogni comunicazione fatta dal Contraente/Assicurato tramite il Broker si intenderà come fatta dal Contraente/Assicurato stesso.

**Art. 15 — Ripartizione dell'assicurazione e delega (clausola opzionale)**

L'assicurazione è ripartita per quote tra le Società indicate nel riparto allegato.

Resta confermato che in caso di sinistro ognuna delle Coassicuratrici concorrerà al pagamento dell'indennizzo in proporzione alla quota da essa assicurata, esclusa ogni responsabilità solidale. La Spettabile \_\_\_\_\_, all'uopo designata Coassicuratrice Delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle Coassicuratrici indicate nel riparto a firmare gli atti sopraindicati anche in loro nome e per conto e ciò vale anche per il presente atto.

Pertanto, le comunicazioni inerenti alla polizza (ivi comprese le comunicazioni relative al recesso ed alla disdetta) devono trasmettersi dall'una all'altra parte solo per il tramite della Spettabile \_\_\_\_\_, la cui firma in calce di eventuali futuri atti impegnerà anche le Coassicuratrici che in forza della presente clausola ne conferiscono mandato.

Nel caso in cui il contratto di assicurazione sia aggiudicato ad associazione temporanea di imprese, costituitasi in termini di legge, si deroga totalmente al disposto dell'art. 1911 C.C., essendo tutte le imprese sottoscrittrici responsabili in solido nei confronti del Contraente.

La delega assicurativa è assunta dalla Compagnia indicata dal raggruppamento di imprese quale mandataria. Non è consentita l'associazione anche in partecipazione od il raggruppamento temporaneo d'imprese concomitante o successivo all'aggiudicazione della gara.

**Sezione 2 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI****Art. 1 — Oggetto dell'assicurazione**

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento delle attività indicate nelle singole categorie alla successiva Sezione 3 "RISCHI ASSICURATI, CATEGORIE E SOMME ASSICURATE".

**Art. 2 — Esclusioni**

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti:

1. dalla guida di veicoli e natanti a motore, se l'assicurato è privo della prescritta abilitazione; dall'uso, anche come passeggero, di aeromobili (compresi deltaplani ed ultra leggeri), salvo quanto disposto dall' art. 16;
2. dalla pratica del paracadutismo, del parapendio e degli sport aerei in genere;
3. da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
4. da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
5. da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
6. da guerre o insurrezioni;
7. da movimenti tellurici, inondazioni o eruzioni vulcaniche;
8. da trasformazioni o assestamenti energetici dell' atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
9. da infarti ed ernie di qualsiasi tipo;
10. da atti di terrorismo, ma solo come conseguenza dell'utilizzo di armi di distruzione di massa nucleari, chimiche e biologiche.

**Art. 3 — Rischio volo**

L'assicurazione vale per gli Infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi in aereo, turistici o di trasferimento, effettuati in qualità di passeggero su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti, tranne che:

- da Società/Azienda di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;
- da aeroclubs.

La somma delle garanzie di cui alla presente polizza e di eventuali altre polizze stipulate dall'Assicurato o da altri in suo favore per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni, non potrà superare i seguenti importi:

per persona:

- € 1.000.000,00 per il caso di Morte
- € 1.000.000,00 per il caso di Invalidità Permanente
- € 250,00 per il caso di Inabilità Temporanea

per aeromobile:

- € 5.000.000,00 per il caso di Morte
- € 5.000.000,00 per il caso di Invalidità Permanente
- € 5.000,00 per il caso di Inabilità Temporanea

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

Agli effetti della garanzia, il viaggio aereo si intende cominciato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso.

**Art. 4 — Limiti di età**

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore agli 80 anni.

Tuttavia, per le persone che raggiungono tale età in corso di contratto, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa al compimento di detto termine, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso verranno restituiti al Contraente.

**Art. 5 — Persone non assicurabili**

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici.

Di conseguenza l'assicurazione cessa al manifestarsi di tali affezioni.

**Art. 6 — Estensione territoriale**

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

**Art. 7 — Criteri di indennizzabilità**

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio. Se, al momento dell'infortunio, l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

**Art. 8 — Morte**

L'indennizzo per il caso di morte è dovuto se la morte stessa si verifica anche se successivamente alla scadenza della polizza — entro due anni dal giorno dell'infortunio.

Tale indennizzo viene liquidato ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'assicurato in parti uguali.

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente, ma se entro 2 anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, gli eredi dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso, mentre i beneficiari hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per morte — se superiore — e quello già pagato per invalidità permanente.

**Art. 9 — Invalidità permanente**

L'indennizzo per il caso di invalidità permanente è dovuto se l'invalidità stessa si verifica — anche successivamente alla scadenza della polizza entro due anni dal giorno dell'infortunio. L'indennizzo per invalidità permanente parziale è calcolato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, in proporzione al grado d'invalidità accertata secondo i criteri e le percentuali indicate nella tabella di cui all'allegato 1 del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge.

Nei confronti delle persone affette da mancinismo, le percentuali di invalidità previste per l'arto superiore destro e la mano destra, varranno per l'arto superiore sinistro e la mano sinistra e viceversa. Se la lesione comporta una minorazione anziché la perdita totale, le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella di cui sopra, l'indennizzo è stabilito in riferimento alle percentuali dei casi indicati, tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

La perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale d'invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna lesione, con il massimo del 100%.

**Art. 10 — Inabilità temporanea**

Se previsto dal contratto, l'indennizzo per inabilità temporanea è dovuto:

1. integralmente, per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle proprie occupazioni;
2. al 50%, per ogni giorno in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle proprie occupazioni.

L'indennizzo per inabilità temporanea viene corrisposto per un periodo massimo di 360 giorni.

L'indennizzo per inabilità temporanea è cumulabile con quelli dovuti per le altre garanzie previste dalla presente polizza.

La presente garanzia viene prestata con franchigia temporale assoluta di 3 (tre) giorni.

**Art. 11 — Rimborso spese sanitarie a seguito di infortunio**

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, la Società rimborsa, fino alla concorrenza del massimale annuo assicurato in polizza per la garanzia "Rimborso spese mediche", le spese di carattere sanitario direttamente conseguenti e unicamente in presenza di ricovero, sostenute:

- a. durante il ricovero in istituto di cura pubblico o privato (rette di degenza, onorari medici, chirurgo, aiuto chirurgo, anestesista, materiale di intervento, diritti di sala operatoria, medicinali);
- b. per intervento chirurgico anche ambulatoriale;
- c. per visite mediche specialistiche ed acquisto di medicinali connessi con il ricovero;
- d. per applicazione di apparecchi gessati, bendaggi e docce di immobilizzazione, artroscopia diagnostica ed operativa;
- e. per analisi ed accertamenti:

diagnostici strumentali anche specialistici quali, ad esempio:

- TAC (tomografia assiale computerizzata) — ecografia doppler holter — scintigrafia — risonanza magnetica nucleare;  
diagnostici di laboratorio, per esami chimici, immunologici, microscopici;
- diagnostici radiologici, radioscopie, radiografie, stratigrafie, angiografie.

O per terapie fisiche anche specialistiche quali ad esempio: laserterapia, chiroterapia, cinesiterapia, trazioni vertebrali, ultrasuoni, marconiterapia, massoterapia;

- f. per presidi ortopedici, limitatamente a: corsetti ortopedici per scoliosi ed artrosi, protesi e tutori di funzione arti superiori, inferiori e tronco, protesi oculari;
- g. per interventi di chirurgia plastica ricostruttiva volti ad eliminare danni estetici conseguenti all'infortunio denunciato;
- h. per cure termali effettuare nei 90 giorni successivi all'infortunio denunciato;
- i. per trasporto dell'Assicurato con qualsiasi mezzo dal luogo dell'infortunio all'Istituto di cura o pronto soccorso.

La presente garanzia viene prestata con uno scoperto del 10% con un minimo di € 150,00 a carico dell'Assicurato per ogni sinistro, intendendosi per tale l'intero ciclo di cura relativo allo stesso infortunio. Il rimborso verrà effettuato dalla Società a guarigione clinica ultimata su presentazione, in originale, dei documenti giustificativi, debitamente quietanzati (conti dell'ospedale o clinica, notule del medico, ricevute del farmacista, ecc.).

A richiesta dell'Assicurato la Società restituisce i predetti originali, previa apposizione della data di liquidazione.

Il rimborso delle spese è condizionato alla presentazione da parte dell'Assicurato di apposita domanda, corredata dai documenti giustificativi e dalla certificazione medica (ivi compresa eventuale cartella clinica) entro il sessantesimo giorno successivo a quello in cui è terminata la cura medica.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, distinte e ricevute per ottenere il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto a termini della presente garanzia dietro presentazione di copia della certificazione delle spese effettivamente sostenute al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi vengono eseguiti in Italia al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano Cambi.

**Art. 12— Assicurazione per conto altrui**

Poiché la presente assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 C.C.

**Art. 13 — Diritto di surrogazione**

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 C.C. verso i terzi responsabili dell'infortunio.

**Art. 14 — Denuncia dell'infortunio e obblighi relativi**

I Sinistri debbono essere denunciati per iscritto alla Società entro 30 giorni da quando l'Ufficio preposto alla gestione delle coperture assicurative ne sia venuto a conoscenza.

La denuncia dell'infortunio indicherà luogo, giorno, ora e causa dell'evento e sarà corredata da certificato medico.

Il decorso delle lesioni dovrà essere documentato da ulteriori certificati medici.

L'Assicurato, o in caso di morte, il beneficiario, deve consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari.

#### **Art. 15— Modalità di valutazione del danno — Controversie**

In caso di divergenza sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni, sul grado o durata dell'inabilità temporanea e sulla loro entità, le Parti si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato a decidere, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, a un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici, Il Collegio medico risiede presso la sede della Contraente.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da esso designato, contribuendo per metà alle spese e competenze del terzo medico.

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

### **Sezione 3 - RISCHI ASSICURATI, CATEGORIE E SOMME ASSICURATE**

#### **CAT. A - IMPIEGATI (amministrativi e tecnici) ED ALLIEVI PARTECIPANTI AD ESERCITAZIONI DIDATTICHE**

La garanzia vale per gli infortuni subiti durante la permanenza nell'ambito delle strutture del Contraente e/o di terzi, per attività organizzate dal medesimo o quando partecipano o assistono ad attività organizzate da altri per esplicita volontà del Contraente medesimo.

Sono compresi gli infortuni derivanti dall'uso e conduzione di mezzi propri utilizzati per il raggiungimento delle suddette sedi, previo documentabile accertamento dell'autorizzazione ad effettuare il tragitto per la via più breve e nel tempo strettamente necessario per raggiungere il luogo di svolgimento delle attività con il proprio mezzo.

#### **SOMME ASSICURATE**

1. Caso Morte: € 185.000,00
2. Caso Invalidità Permanente: € 235.000,00
3. Rimborso Spese Mediche € 8.000,00

#### **CAT. B - DOCENTI ED ASSISTENTI**

La garanzia vale per gli infortuni subiti durante la permanenza nell'ambito delle strutture del Contraente e/o di terzi, per attività organizzate dal medesimo o quando partecipano o assistono ad attività organizzate da altri per esplicita volontà del Contraente medesimo.

Sono compresi gli infortuni derivanti dall'uso e conduzione di mezzi propri utilizzati per il raggiungimento delle suddette sedi, previo documentabile accertamento dell'autorizzazione ad effettuare il tragitto per la via più breve e nel tempo strettamente necessario per raggiungere il luogo di svolgimento delle attività con il proprio mezzo.

#### **SOMME ASSICURATE**

1. Caso Morte: € 260.000,00
2. Caso Invalidità Permanente: € 285.000,00
3. Rimborso Spese Mediche € 15.500,00

#### **CAT. C - IMPIEGATI ED ADDETTI CHE SVOLGONO LAVORI MANUALI**

La garanzia vale per gli infortuni subiti durante la permanenza nell'ambito delle strutture del Contraente e/o di terzi, per attività organizzate dal medesimo o quando partecipano o assistono ad attività organizzate da altri per esplicita volontà del Contraente medesimo.

Sono compresi gli infortuni derivanti dall'uso e conduzione di mezzi propri utilizzati per il raggiungimento delle suddette sedi, previo documentabile accertamento dell'autorizzazione ad effettuare il tragitto per la via più breve e nel tempo strettamente necessario per raggiungere il luogo di svolgimento delle attività con il proprio mezzo.

#### **SOMME ASSICURATE**

1. Caso Morte: € 185.000,00
2. Caso Invalidità Permanente: € 235.000,00
3. Rimborso Spese Mediche € 8.000,00



**CAT. D - DIRETTORI DI SETTORE E DIRETTORI DI DIVISIONE**

L'assicurazione vale per i rischi professionali ed extra-professionali.

**SOMME ASSICURATE**

1. Caso Morte: € 520.000,00
2. Caso Invalidità Permanente: € 520000,00
3. Rimborso Spese Mediche € 26.000,00

**CAT. E — CONSULENTI (in rapporto parasubordinato)**

La garanzia vale per gli Infortuni subiti durante la permanenza nell'ambito delle strutture del Contraente, di terzi e, comunque, ovunque si dovessero recare per partecipare ad attività organizzate dal Contraente, a fini didattici e di produzione cinematografica, o quando partecipano o assistono alle medesime attività organizzate da altri per esplicita volontà del Contraente medesimo.

Sono compresi gli infortuni derivanti dall'uso e conduzione di mezzi propri utilizzati per il raggiungimento delle suddette sedi, previo documentabile accertamento dell'autorizzazione ad effettuare il tragitto per la via più breve e nel tempo strettamente necessario per raggiungere il luogo di svolgimento delle attività con il proprio mezzo.

**SOMME ASSICURATE****Cat. E/1) TROUPE DI PRODUZIONE (compreso maestranze, attrezzisti, scenografi, comparse, ecc.)**

1. Caso Morte: € 104.000,00
2. Caso Invalidità Permanente: € 104.000,00
3. Caso Inabilità Temporanea € 52,00
4. Rimborso Spese Mediche € 5.200,00

**Cat. E/2) REGISTI ED ASSISTENTI REGISTI**

1. Caso Morte: € 260.000,00
2. Caso Invalidità Permanente: € 285.000,00
3. Rimborso Spese Mediche € 15.500,00

**Cat. E/3) CONSULENTI E COLLABORATORI**

1. Caso Morte: € 520.000,00
2. Caso Invalidità Permanente: € 520.000,00
3. Rimborso Spese Mediche € 26.000,00

**Sezione 4 - CONDIZIONI PARTICOLARI**

Si precisa che sono considerati infortuni anche:

- asfissia non di origine morbosa;
- soffocamento da ingestione di solidi e/o liquidi;
- avvelenamenti o intossicazioni acuti da ingestione di cibo o altre sostanze;
- intossicazioni anche aventi origine traumatica;
- affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi, escluse per queste ultime quelle di cui gli insetti siano portatori necessari, le punture vegetali, nonché le infezioni tutte conseguenti ad eventi risarcibili a termini di polizza;
- ustioni in genere, nonché il contatto con corrosivi caustici;
- annegamento;
- assideramento o congelamento;
- folgorazione e scariche elettriche in genere;
- colpi di sole o di calore o di freddo;
- lesioni determinate da sforzi con esclusione di infarti ed ernie.

L'assicurazione vale anche per:

- gli infortuni sofferti in stato di malore o incoscienza o conseguenti a vertigini;
- gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- gli infortuni derivanti da influenze termiche ed atmosferiche;
- gli infortuni conseguenti a colpi di sonno.

**A) EVENTI SOCIOPOLITICI**

L'assicurazione vale anche per gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismo, attentati, atti violenti che abbiano movente politico, economico, sociale e sindacale, purché l'Assicurato provi di non aver preso parte attiva.

**B) CALAMITA' NATURALI**

Sono compresi gli infortuni derivanti da calamità naturali e dalle forze della natura quali terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni, straripamenti, mareggiate, frane, grandine e neve.

**C) RISCHIO IN ITINERE**

La garanzia comprende il rischio in itinere, cioè gli infortuni che possono colpire gli Assicurati durante:

- il tragitto dall'abitazione (anche occasionale) al luogo di lavoro e viceversa;
- il tragitto dalla sede dove viene svolta la loro attività fino al raggiungimento di altre sedi e viceversa purché questi infortuni avvengano durante il tempo necessario a compiere il percorso per via ordinaria e con gli abituali mezzi di locomozione, tanto privati che pubblici.

**D) ERNIE TRAUMATICHE E DA SFORZO - ERNIE ADDOMINALI**

A parziale deroga delle Condizioni Generali di Assicurazione, l'assicurazione è estesa, limitatamente ai casi di invalidità permanente e di inabilità temporanea, quest'ultima sempre che sia prevista dal contratto, alle ernie addominali da sforzo e traumatiche, con l'intesa che:

- qualora sia operabile, viene corrisposta solamente l'indennità per il caso di inabilità temporanea fino ad un massimo di 30 giorni;
- qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, viene corrisposta solamente un'indennità non maggiore del 10% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente totale;
- qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio medico di cui alle Norme che regolano l'assicurazione infortuni.

**E) MORTE PRESUNTA**

Nel caso di presentazione di istanza per la dichiarazione di morte presunta ai sensi degli artt. 60 e 62 C.C., la Società liquida agli aventi diritto la somma assicurata per il caso di morte, a condizione che:

- siano trascorsi 180 giorni dalla data in cui risale l'ultima notizia dell'Assicurato;
- possa ragionevolmente desumersi che la morte è avvenuta per un evento indennizzabile ai sensi di polizza.

Se successivamente l'Assicurato ritorna o ne è provata l'esistenza, la Società può agire anche nei suoi confronti per il recupero di quanto pagato e degli interessi; l'Assicurato potrà tuttavia far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita.

**F) DIABETE**

L'assicurazione vale anche per le persone affette da diabete, a condizione che l'infortunio non sia conseguenza diretta dal diabete, ed ogni complicazione riferibile al diabete esclusa.

**G) UBRIACHEZZA**

A parziale deroga di quanto indicato all'art. 2 Sezione 2, l'assicurazione vale anche per gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza, esclusi comunque quelli conseguenti ad ubriachezza.

**H) ANTICIPO INDENNIZZI**

Qualora a seguito di infortunio fosse quantificata un'invalidità permanente di grado superiore al 20%, la Società metterà a disposizione, quale anticipo indennizzo, il 50% dell'importo presumibilmente indennizzabile, con il massimo di € 50.000,00.

**I) COLPA GRAVE**

L'assicurazione vale anche per gli infortuni derivanti da colpa grave dell'Assicurato.

**J) ESONERO DALL'OBBLIGO DI DENUNCIA DI INFERMITA', MUTILAZIONI O DIFETTI FISICI**

La Contraente è esonerata dalla denuncia di infermità, difetti fisici o mutilazioni di cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire. In caso di infortunio, resta comunque espressamente confermato il disposto dell'art. 7 Sezione 2.

**K) ESONERO DENUNCIA GENERALITA' DEGLI ASSICURATI**

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per l'identificazione di tali persone si farà riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione del Contraente, che la Società ha il diritto di verificare e controllare in qualsiasi momento, insieme ad ogni altro documento probatorio.

**L) DEROGA DENUNCIA ALTRE ASSICURAZIONI**

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le altre eventuali assicurazioni che i singoli Assicurati avessero in corso o stipulassero in proprio con altre Società.

**M) FRANCHIGIA PER INVALIDITA' PERMANENTE (valida per le categorie A, B, C, E)**

Sul capitale eccedente € 125.000,00 e fino ad € 250.000,00 non si corrisponde alcun indennizzo se il grado di invalidità permanente accertato non supera il 3%; qualora il grado di invalidità permanente risulti superiore al 5%, l'indennizzo da liquidare sarà commisurato alla sola parte eccedente detta percentuale di invalidità. Sul capitale eccedente € 250.000,00 non si corrisponde alcun indennizzo se il grado di invalidità permanente non supera il 5%; qualora il grado di invalidità permanente risulti superiore al 10%, l'indennizzo da liquidare sarà commisurato alla sola parte eccedente detta percentuale di invalidità.

Tuttavia qualora il grado di invalidità permanente risulti pari o superiore al 20%, l'indennizzo sarà liquidato senza applicazione di franchigie.

Si precisa che gli appartenenti alla Categoria C non si applica alcuna franchigia.

**N) LIQUIDAZIONE DELL'INDENNITA'**

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquiderà l'indennità che risulti dovuta, dandone comunicazione agli interessati e alla Contraente.

Avuta notizia della loro accettazione, provvederà al pagamento entro 30 giorni dalla sottoscrizione del modulo di liquidazione dalla Società.

Il diritto all'indennità per invalidità permanente è di carattere personale, quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato morisse, dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Società pagherà ai beneficiari l'importo liquidato od offerto.

Inoltre, se dopo il pagamento di una indennità per invalidità permanente ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo l'Assicurato morisse, la Società corrisponderà ai beneficiari la differenza fra l'indennità pagata ed il capitale assicurato per il caso di morte ove questa fosse superiore e non chiederà il rimborso nel caso contrario.

**O) LIQUIDAZIONE INVALIDITA' PERMANENTE**

Per i casi di invalidità permanente conseguenti ad infortunio di grado non inferiore al 50%, accertato con i criteri di indennizzabilità previsti dalle Norme che regolano l'assicurazione infortuni, verrà corrisposto un indennizzo pari al 100% del capitale assicurato.

**P) REGOLAZIONE PREMIO**

Il premio, convenuto in base ad elementi di rischio variabili, viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo, o della minore durata del contratto, secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo, degli elementi presi come base per il conteggio del premio, fermo il premio stabilito in polizza. A tale scopo, entro 90 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o della minore durata del contratto, il Contraente deve fornire per iscritto alla Società i dati necessari per la regolazione del premio, e cioè:

1. CAT. A — CAT. B CAT. C — CAT. D: numero complessivo assicurati
2. CAT. E: numero complessivo giornate di presenza

Le differenze attive o passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei 60 giorni dalla ricezione da parte del Contraente della relativa appendice di regolazione, formalmente ritenuta corretta.

In caso di mancata comunicazione dei dati di regolazione o di mancato pagamento del premio di conguaglio, la Società fissa un ulteriore termine non inferiore a 30 giorni dandone comunicazione scritta a mezzo lettera

raccomandata; le garanzie si intenderanno sospese a decorrere dal trentesimo giorno dalla ricezione della stessa.

Se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo di sospensione delle garanzie. La Società ha il diritto di effettuare in qualsiasi momento verifiche e controlli per i quali il Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e la documentazione necessaria.

**IL CONTRAENTE****LA SOCIETA'****Obblighi inerenti la tracciabilità dei flussi finanziari in base alla L. n. 136/2010**

- a) La Società appaltatrice è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi di tracciabilità previsti dalla legge n. 136/2010.
- b) Nel caso in cui la Società, nei rapporti nascenti con i propri eventuali subappaltatori, subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, abbia notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria di cui all'art. 3 della legge n. 136/2010 ne dà immediata comunicazione alla Stazione Appaltante ed alla Prefettura-ufficio territoriale del Governo della Provincia ove ha sede la Stazione appaltante.
- c) L'Amministrazione può verificare, in occasione di ogni pagamento all'appaltatore e con interventi di controllo ulteriori, l'assolvimento da parte dello stesso, dei subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, agli obblighi relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari.  
La Società s'impegna a fornire ogni documentazione atta a comprovare il rispetto, da parte propria nonché dei subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, degli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla legge n. 136/2010.
- d) Secondo quanto previsto dall'art. 3 comma 9 bis della legge n. 136/2010, il mancato utilizzo del bonifico bancario o postale ovvero degli altri strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni, nelle transazioni finanziarie relative a pagamenti effettuati dagli appaltatori, subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, costituisce causa di risoluzione del contratto ai sensi dell'art. 1456 c.c.. La risoluzione si verifica quando la parte interessata dichiara all'altra che intende valersi della presente clausola risolutiva. La risoluzione, in base all'art. 1458 c.c., non si estende alle obbligazioni della Società derivanti da sinistri verificatisi antecedentemente alla risoluzione del contratto.

Ai sensi dell'art. 1341 del Codice Civile, 2° comma, il Contraente dichiara di approvare espressamente le disposizioni dei seguenti articoli:

Art. 3 — Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

Art. 4— Durata del contratto

Art. 6— Recesso in caso di sinistro

Art. 9 — Foro competente

**IL CONTRAENTE**