

**ISTITUTO NAZIONALE DI FISICA NUCLEARE - AFFIDAMENTO DEI SERVIZI
ASSICURATIVI
LOTTO N. 1 B) CAPITOLATO TECNICO INFORTUNI PROFESSIONALI**

SCHEDA DI COPERTURA

1.	Contraente: I.N.F.N. – Istituto Nazionale di Fisica Nucleare
2.	Durata del Contratto: dalle ore 24:00 del 31/12/2015 alle ore 24:00 del 31/12/2018
3.	<p>Descrizione dell'attività: L'ISTITUTO NAZIONALE DI FISICA NUCLEARE svolge la sua attività con prevalenza nel campo della ricerca di base e delle Alte Energie. Le attività svolte possono essere riassunte, a puro titolo indicativo e non limitativo, come segue: attività meccaniche, elettroniche ed informatiche connesse allo svolgimento della attività di ricerca. Dette attività vengono esercitate con l'ausilio di qualsiasi idoneo processo di lavorazione e/o operazione anche preliminare, complementare, accessoria e prevede la presenza di sostanze infiammabili e di merci speciali che possono essere stoccate ed utilizzate nei quantitativi e con le modalità che l'Assicurato ritiene di adottare. L'assicurazione si intende pertanto operante per tutte le attività istituzionali svolte, nessuna esclusa ovvero per tutte le attività e competenze, presenti e/o future, previste dalla legge, dai regolamenti, dalle norme, compresi i provvedimenti emanati dai propri organi, comunque e ovunque svolte, con ogni mezzo ritenuto utile o necessario. L'attività assicurata comprende tutte le attività accessorie, preliminari, complementari, connesse, collegate e conseguenti alle principali, comunque e ovunque svolte, nessuna esclusa ne eccettuata.</p>
4.	Rateazione: Annuale
5.	Assicurati: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Categoria 1) – dipendenti <input type="checkbox"/> Categoria 2) – collaboratori
6.	Somme assicurate: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Categoria 1) <ul style="list-style-type: none"> ✓ Morte: 10 volte la retribuzione annua lorda con un massimo di indennizzo di € 1.300.000,00. ✓ Invalidità Permanente: 12 volte la retribuzione annua lorda con un massimo di indennizzo di € 1.500.000,00. <input type="checkbox"/> Categoria 2) <ul style="list-style-type: none"> ✓ Morte: € 350.000,00. ✓ Invalidità Permanente: € 420.000,00.
7.	Estensione Territoriale: Mondo Intero
8.	<p>8.1 Franchigia per sinistro (Invalidità Permanente):</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Categoria 1): fino a 6 volte la retribuzione annua lorda nessuna franchigia, sul capitale eccedente le predette 6 volte la retribuzione annua lorda franchigia del 10%. <input type="checkbox"/> Categoria 2) fino ad € 210.000,00 nessuna franchigia, da € 210.001,00 a € 420.000,00 franchigia del 10%. <p>8.2 Abrogazione delle Franchigia per sinistro (Invalidità Permanente) per entrambe le categorie: le franchigie di cui al punto 8.1 si intendono annullate in caso di Invalidità permanente pari o superiore al 20%.</p> <p>8.2 Franchigia per sinistro (Morte): Nessuna.</p>

9. Calcolo del premio annuo minimo:

- Categoria 1): sulla base delle retribuzioni annue lorde pari ad € 63.209.940,36 (75% delle retribuzioni annue lorde preventivate), soggetto a regolazione.
- Categoria 2): sulla base del numero degli Assicurati nell'anno solare precedente pari a 4.591, flat – non soggetto a regolazione.

DEFINIZIONI

Ai seguenti termini, le Parti attribuiscono il significato qui precisato:

ASSICURAZIONE: Il Contratto di assicurazione

POLIZZA: Il Documento che prova l'assicurazione

CONTRAENTE: l'I.N.F.N. (Istituto Nazionale di Fisica Nucleare);

ASSICURATO: Il Soggetto (persona fisica o giuridica) il cui interesse è protetto dall'assicurazione

SOCIETA': L'Impresa assicuratrice

PREMIO: La somma dovuta dal Contraente alla Società

RISCHIO: La probabilità che si verifichi il sinistro

SINISTRO: Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa

INFORTUNIO: L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili le quali abbiano per conseguenza la morte e/o una invalidità permanente.

INDENNIZZO: La somma dovuta dalla Società all'Assicurato o agli aventi diritto in caso di sinistro indennizzabile a termini di polizza.

FRANCHIGIA: L'importo, o la percentuale, eventualmente previsto dalle norme contrattuali e che, in caso di sinistro, resta a carico esclusivo dell'Assicurato, o degli aventi diritto.

LIMITE DI INDENNIZZO: La somma massima dovuta dalla Società

BROKER: Ital Brokers S.p.A. broker incaricato dal Contraente per la gestione ed esecuzione del contratto, riconosciuto dalla Società;

BENEFICIARIO: il soggetto od i soggetti cui, in caso di morte dell'Assicurato, deve essere pagata la somma garantita.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

ART. 1 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 C.C..

ART. 2 AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Ai sensi dell'art. 1898 C.C. il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio.

Gli aggravamenti di rischio non accettati o non conosciuti dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione della assicurazione.

ART. 3 DIMINUZIONE DEL RISCHIO

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

ART. 4 BUONA FEDE

La mancata comunicazione da parte del Contraente/Assicurato di circostanze aggravanti il rischio, così come le inesatte o incomplete dichiarazioni rese all'atto della stipulazione della polizza e/o nel corso della stessa, non pregiudicano il diritto al completo indennizzo, sempreché tali omissioni o inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo.

La Società, una volta venuta a conoscenza delle circostanze aggravanti, ha peraltro il diritto di percepire la differenza di premio corrispondente al maggior rischio a decorrere dal momento in cui la circostanza aggravante si è verificata.

Art. 5 INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO

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

Art. 6 DURATA DELLA POLIZZA E RECESSO

La durata della polizza è stabilita in anni tre a decorrere dalle ore 24.00 del giorno 31/12/2015 alle ore 24.00 del 31/12/2018 e cesserà automaticamente la propria operatività alla scadenza senza necessità di alcuna comunicazione formale da ognuna delle parti. E' pertanto espressamente escluso il tacito rinnovo.

L'Ente si riserva la facoltà di ricorrere all'affidamento di attività consistenti nella ripetizione di servizi analoghi o complementari ai sensi dell'art. 57, comma 5 del D.lgs. 163/06.

E' fatta salva, in ogni caso, la facoltà per le parti di recedere dal contratto al termine di ogni periodo di assicurazione, mediante l'invio di lettera raccomandata spedita almeno 180 giorni prima della scadenza annuale.

Art. 7 PAGAMENTO ED EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento.

A parziale deroga dell'Art. 1901 C.C. l'Ente Contraente è tenuto al pagamento della prima rata di premio entro 60 giorni dalla decorrenza della polizza fermo restando l'effetto della copertura assicurativa.

Se il contraente non paga i premi successivi l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 60° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, fermo il diritto della Compagnia al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art.1901 del Codice Civile.

I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Compagnia o al Broker.

Art. 8 PREMIO ANTICIPATO E REGOLAZIONE DEL PREMIO

Per la Categoria 1) – dipendenti:

Il premio viene anticipato in via provvisoria sulla base del 75% dei dati preventivati ed è regolato alla fine di ogni annualità assicurativa o della minor durata del contratto, secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio, fermo il premio minimo stabilito in polizza.

A tale scopo, entro 180 giorni dalla fine di ogni anno di assicurazione o della minor durata del contratto, deve essere fornita alla Società l'indicazione dell'ammontare effettivo degli elementi variabili presi come base per il calcolo del premio.

Le differenze, risultanti dalla regolazione di ciascuna annualità assicurativa, devono essere pagate nei 60 giorni successivi al ricevimento dell'appendice di polizza che recepisca la comunicazione dei suddetti elementi variabili.

Se nel termine di scadenza di cui sopra il Contraente non fa luogo alle anzidette comunicazioni circa la regolazione del premio, oppure non paga la differenza attiva del premio dovuto nei termini indicati, la garanzia resta sospesa ai sensi dell'art. 1901 cod. civ. fino alle ore 00 del giorno successivo a quello in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, rimanendo comunque salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto nei termini previsti dalle Condizioni Generali di Assicurazione; il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo all'annualità assicurativa per la quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva. Per i contratti scaduti, 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 al quale si riferisce la mancata regolazione.

Per la Categoria 2) – collaboratori

all'inizio di ogni annualità assicurativa si darà luogo al calcolo del premio annuo, applicando i premi offerti in sede di gara per la suddetta categoria al numero dei collaboratori del Contraente dell'anno solare precedente.

All'inizio di ogni annualità assicurativa la Contraente comunicherà alla Società il numero dei collaboratori dell'anno solare precedente.

Il premio annuo così calcolato è da ritenersi fisso e pertanto non soggetto a regolazione.

ART. 9 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.

In caso di Sinistro, l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli Assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri (art. 1910 C.C.).

ART. 10 MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

ART. 11 FORMA DELLE COMUNICAZIONI DEL CONTRAENTE ALLA SOCIETÀ

Tutte le comunicazioni, alle quali il Contraente è tenuto, devono essere fatte per iscritto con e-mail, lettera raccomandata e/o fax e/o telex e/o telegramma indirizzati al Broker. Analoga procedura adotta la Società nei confronti del Contraente.

Art. 12 ONERI FISCALI

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

ART. 13 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE ED INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO

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

ART. 14 FORO COMPETENTE

Per le eventuali controversie riguardanti l'applicazione e l'esecuzione della presente polizza le Parti possono presentare domanda congiunta, oppure la parte interessata può presentare apposita domanda, presso un Organismo di mediazione riconosciuto dal Ministero della Giustizia ed istituito presso le sedi appositamente previste, che inviterà l'altra parte ad aderire e a partecipare all'incontro di mediazione finalizzato alla conciliazione ai sensi del D.Lgs 28/2010, nel rispetto del Regolamento di conciliazione da questo adottato. Detto Organismo, a scelta del Contraente o dell'Assicurato, ha sede nella medesima provincia ove gli Stessi risiedono.

In caso di più domande relative alla stessa controversia trova applicazione il criterio di priorità cronologica, e cioè la mediazione si svolgerà avanti l'organismo presso il quale è stata presentata la prima istanza di mediazione.

Qualora il tentativo di mediazione abbia esito negativo, o non venga esperito la parte interessata potrà agire in giudizio presso il Foro competente esclusivo ove ha sede la Contraente oppure, in alternativa, l'Assicurato.

Art. 15 COASSICURAZIONE E DELEGA**Valida esclusivamente in caso di coassicurazione ai sensi dell'art. 1911 C.C. e non in caso di A.T.I.**

Qualora l'Assicurazione fosse ripartita per quote fra diverse Società coassicuratrici indicate nel contratto di Assicurazione, in deroga all'art. 1911 del Codice Civile, è stabilito il principio di solidarietà; pertanto la società delegataria, in via solidale, sarà comunque tenuta a rispondere nei confronti dell'assicurato e/o contraente, di tutti gli obblighi derivanti dal contratto.

Il Contraente dichiara di avere affidato la gestione del presente contratto al Broker incaricato e le Società hanno convenuto di affidare la delega alla Società Delegataria indicata in esso; di conseguenza tutti i rapporti inerenti la presente Assicurazione saranno svolti per conto del Contraente dal Broker incaricato il quale tratterà con la Delegataria.

In particolare, tutte le comunicazioni inerenti il Contratto, ivi comprese quelle relative al recesso o alla disdetta ed alla gestione dei sinistri, si intendono fatte o ricevute dalla Delegataria in nome e per conto di tutte le Società coassicuratrici.

Le Società coassicuratrici riconoscono come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di gestione compiuti dalla Delegataria per conto comune fatta soltanto eccezione per l'incasso dei premi di polizza il cui pagamento verrà effettuato nei confronti di ciascuna Società.

La sottoscritta Società Delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle Coassicuratrici indicate negli atti suddetti (polizza e appendici) a firmarli anche in loro nome e per loro conto.

Pertanto la firma apposta dalla Direzione della Società Delegataria sui Documenti di Assicurazione, li rende ad ogni effetto validi anche per le quote delle Coassicuratrici.

Il dettaglio dei capitali assicurati, dei premi, accessori e imposte, spettanti a ciascuna Coassicuratrice, risulta dall'apposito prospetto allegato alla presente Polizza.

ART. 16 CLAUSOLA BROKER

L'Ente Contraente dichiara di avere affidato la gestione del contratto ad Ital Brokers S.p.A., in qualità di Broker ai sensi del D.Lgs. 209/2005 e s.m.i..

Pertanto, agli effetti delle condizioni della presente polizza, gli Assicuratori danno atto che ogni comunicazione fatta dal Contraente al Broker si intenderà come fatta agli Assicuratori stessi e viceversa, come pure ogni comunicazione fatta dal Broker agli Assicuratori si intenderà come fatta dal Contraente stesso.

Gli Assicuratori inoltre, riconoscono che il pagamento dei premi fatto per il tramite del Broker sopra designato è liberatorio per la Contraente.

La Società riconosce che la provvigione del Broker è a proprio carico. Il Broker tratterrà all'atto della rimessa dei premi alla Società le commissioni di spettanza nella misura del 0,9% (zero virgola nove) sul premio imponibile.

Qualora il contratto stipulato dal Contraente con il predetto Broker per il suddetto servizio di brokeraggio dovesse concludersi nel corso di validità della presente polizza, il Contraente comunicherà alla Società il nominativo del nuovo soggetto affidatario del servizio di brokeraggio assicurativo, nonché le condizioni praticate da quest'ultimo per l'eventuale periodo poliennale residuo.

Parimenti il corrispettivo per il servizio di brokeraggio corrisposto dalla Società spetterà al Broker subentrante a far tempo dalla prima scadenza successiva della polizza medesima rispetto alla data di subentro formale del nuovo Broker nella titolarità dell'appalto, senza che la compagnia di assicurazione od il Broker cessante possano opporre eccezione alcuna.

ART. 17 OBBLIGHI RELATIVI ALLA TRACCIABILITÀ DEI FLUSSI FINANZIARI E CLAUSOLA RISOLUTIVA ESPRESSA

- A. La Compagnia è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi di tracciabilità previsti dalla legge n. 136/2010 e s.m.i..
- B. Nel caso in cui la Compagnia, nei rapporti nascenti con i propri eventuali 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 il Contraente.
- C. Il Contraente può verificare, in occasione di ogni pagamento alla Compagnia e con interventi di controllo ulteriori, l'assolvimento da parte dello stesso agli obblighi relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari. La Compagnia s'impegna a fornire ogni documentazione atta a comprovare il rispetto 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, qualora, nelle transazioni finanziarie relative a pagamenti effettuati dalla Compagnia sia rilevato il mancato utilizzo del bonifico bancario o postale ovvero degli altri strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni, il presente contratto si risolve di diritto ai sensi dell'art. 1456 c.c.. La risoluzione si verifica quando la parte interessata dichiara all'altra che intende valersi della clausola presente risolutiva. La risoluzione, in base all'art. 1458 c.c., non si estende alle obbligazioni della Compagnia derivanti da sinistri verificatisi antecedentemente alla risoluzione del contratto.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

ART. 18 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione vale esclusivamente per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento delle attività professionali principali e secondarie indicate in polizza, nonché per gli infortuni che avvengano durante il percorso dalla abitazione al luogo di lavoro e viceversa senza limitazione di tempo, luogo e mezzi.

E' considerato infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte e/o una invalidità permanente.

Sono compresi in garanzia anche:

- 1) l'asfissia non di origine morbosa;
- 2) gli avvelenamenti acuti da ingestione o assorbimento di sostanze;
- 3) l'annegamento e l'embolia per pressione d'acqua;
- 4) l'assideramento o il congelamento e/o le conseguenze di altri effetti della temperatura;
- 5) i colpi di sole o di calore;
- 6) l'azione del fulmine e scariche elettriche;
- 7) le lesioni determinate da sforzi, con esclusione degli infarti, delle ernie e delle rotture tendinee sottocutanee;
- 8) gli infortuni subiti in stato di malore o incoscienza;
- 9) gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza gravi;
- 10) conseguenze di punture di insetti ed aracnidi escluse le affezioni di cui gli insetti siano portatori salvo quanto espressamente indicato delle Condizioni Particolari di Assicurazione relativamente alle malattie tropicali;
- 11) morsi di rettili o di animali;
- 12) gli infortuni derivanti da tumulti popolari o da atti di terrorismo, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva.

ART. 19 PERSONE ASSICURATE

La garanzia della presente polizza è prestata a favore di:

Categoria 1): personale dipendente del Contraente, sia esso soggetto o non soggetto INAIL;

Categoria 2): personale collaboratore della Contraente con incarico di ricerca scientifica o tecnologica, collaborazione tecnica, ecc. e comunque oltre a tutto il personale associato, anche al personale che, a qualunque titolo, collabora alle attività di ricerca dell'Istituto.

ART. 20 CAPITALI UNITARI ASSICURATI:

Ciascuna persona si intende assicurata, ai fini delle presente polizza, nei limiti (differenziati per ciascuna categoria di cui all'Articolo 21 che precede) di seguito indicati:

Categoria 1):

- in caso di invalidità permanente da infortunio, fino ad una somma pari a 12 volte la retribuzione annua con il massimo di € 1.500.000,00;
- in caso di morte da infortunio, fino ad una somma pari a 10 volte la retribuzione annua con il massimo risarcimento di € 1.300.000,00.

Categoria 2):

- in caso di morte da infortunio € 350.000,00.
- in caso di invalidità permanente da infortunio € 420.000,00;

Art. 21 CRITERI DI DETERMINAZIONE

RETRIBUZIONE ANNUA LORDA (PER LA CATEGORIA 1)

Agli effetti di quanto sopra, per retribuzione si intende tutto quanto, al lordo delle ritenute, il

dipendente effettivamente riceve in compenso delle sue prestazioni: oltre lo stipendio, tutti gli elementi costitutivi della retribuzione aventi carattere continuativo, ivi comprese le provvigioni, i premi di produzione ed ogni altro compenso ed indennità, anche se non di ammontare fisso, con esclusione di quanto corrisposto a titolo di rimborso spese e di emolumenti di carattere eccezionale.

Per la liquidazione dell'indennizzo è considerata retribuzione annua dell'infortunato quella percepita per i titoli di cui sopra nei dodici mesi precedenti a quello in cui si è verificato l'infortunio.

Qualora l'infortunato non abbia prestato la sua opera durante il detto periodo in modo continuativo, la retribuzione annua si valuta uguale a quella che gli sarebbe spettata a norma del contratto di lavoro.

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 di amministrazione del Contraente, libri che questi si obbliga ad esibire in qualsiasi momento insieme ad ogni altro documento probatorio in suo possesso, a semplice richiesta delle persone incaricate dalla Società di fare accertamenti e controlli.

PERSONE ASSICURATE (CATEGORIA 2)

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per la identificazione di tali persone si farà riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione del Contraente, nonché alle lettere di incarico, documenti che questi si obbliga ad esibire in qualsiasi momento insieme ad ogni altro documento probatorio in suo possesso, a semplice richiesta delle persone incaricate dalla Società di fare accertamenti e controlli.

ART. 22 ESONERO DENUNCIA INFERMITÀ DIFETTI FISICI E MUTILAZIONI

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le infermità di cui i singoli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione della presente Convenzione o che dovessero in seguito sopravvivere, fermo restando il disposto all'Art. "Criteri di indennizzabilità e liquidazione del danno".

ART. 23 LIMITI DI ETÀ

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore a 85 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 all'Assicurato.

ART. 24 PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, infezione da H.I.V. o dalle seguenti infermità mentali:

sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidei.

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

Art. 25 ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione è valida in tutto il mondo, con l'intesa che la valutazione e la liquidazione dei danni vengano effettuate in Italia, con pagamento degli indennizzi in Euro.

ART. 26 MORTE

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

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente. Tuttavia, 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, 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. 27 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 di invalidità accertato secondo i criteri e le percentuali di cui all'allegato 1 del D.P.R. 30/06/1965, n. 1124 (Testo Unico dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro) e s.m.i..

Nel caso di perdita totale di un occhio che colpisca l'Assicurato già mancante dell'altro occhio, la Società liquida un indennizzo pari al 100% della somma assicurata per invalidità permanente totale.

Nel caso di sordità completa di un orecchio che colpisca l'Assicurato già affetto da sordità completa dell'altro orecchio, la Società liquida un indennizzo pari al 40% della somma assicurata per invalidità permanente totale.

Se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita totale, le percentuali di cui all'allegato 1 del D.P.R. 30/06/1965, n. 1124 e s.m.i. vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella del citato allegato, l'indennizzo è stabilito, con riferimento alle percentuali dei casi indicati nella stessa tabella, 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%. 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, la Società paga ai beneficiari l'importo liquidato od offerto.

ART. 28 RISCHIO VOLO

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi in aereo, effettuati in qualità di passeggero di velivoli ed elicotteri eserciti da Società di traffico aereo regolare, non regolare e di trasporto a domanda, nonché da Autorità civili e militari in occasione di traffico civile, da ditte e privati per attività turistica e di trasferimento e da Società di lavoro aereo, esclusivamente durante trasporto pubblico passeggeri, ed è prestata per le somme corrispondente a quelle assicurate con la presente polizza e per i rischi da essa previsti. Restano in ogni caso esclusi i voli effettuati su velivoli ed elicotteri eserciti da aeroclub.

Comunque, la somma delle garanzie di cui alla presente polizza e di eventuali altre assicurazioni stipulate dallo stesso Contraente, dall'Assicurato o da Terzi in suo favore non potrà superare i capitali di:

- per persona: € 1.300.000,00 per il caso di morte; € 1.500.000,00 per il caso di invalidità permanente;
- per aeromobile: € 5.200.000,00 per il caso di morte; € 5.200.000,00 per il caso di invalidità permanente;

Qualora gli indennizzi complessivamente dovuti eccedano i limiti sopra indicati, le somme spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotte in proporzione al rapporto che intercorre tra i detti limiti e il totale degli indennizzi dovuti.

La copertura inizia dal momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e cessa al momento in cui ne discende.

ART. 29 CALAMITÀ NATURALI

L'assicurazione è estesa agli infortuni causati da calamità naturali quali ad esempio: movimenti tellurici, inondazioni, eruzioni vulcaniche, frane, bradisismo, alluvioni.

Resta convenuto però che in caso di evento che colpisca più assicurati con la stessa Società, l'esborso massimo di quest'ultima non potrà superare il 10% dei premi del ramo infortuni, rilevati nel bilancio di esercizio precedente l'evento, con il minimo di € 1.300.000,00

Qualora i capitali complessivamente assicurati eccedano il limite sopra indicato, gli indennizzi spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotti in proporzione.

La garanzia di cui al presente articolo non è valida nel caso di polizza con durata inferiore ad un anno.

ART. 30 RISCHI ESCLUSI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti:

- a. dalla guida di veicoli e natanti a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione. In caso contrario, la garanzia è regolarmente operante. Sono comunque esclusi gli infortuni derivanti dalla guida di trattori, macchine agricole, macchine operatrici, quali sono definiti dagli artt. 57 e 58 del Dlgs. 30/04/1992, n. 285, salvo che l'infortunio non derivi dall'esercizio dell'attività professionale dichiarata.
- b. Dall'uso, anche come passeggero, di aeromobili (compresi deltaplani ed ultraleggeri), salvo quanto disposto dall'Art. "rischio volo";
- c. dalla pratica del paracadutismo, del parapendio e degli sport aerei in genere;
- d. da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni;
- e. da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- f. da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- g. da guerre o insurrezioni;
- h. da movimenti tellurici, inondazioni o eruzioni vulcaniche, salvo quanto previsto dall'art. "Calamità Naturali";
- i. 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.), salvo quanto specificamente previsto alla Condizione Particolare "Infortuni da Radiazioni"

Art. 31 FRANCHIGIA ASSOLUTA IN CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE

Ai fini della determinazione dell'indennizzo viene stabilito che:

- categoria 1) dipendenti:

- fino a 6 volte la retribuzione annua lorda non verrà applicata nessuna franchigia;
- sul capitale eccedente il multiplo delle 6 volte la retribuzione annua lorda non si corrisponde alcun indennizzo se il grado di invalidità permanente, accertato secondo i criteri stabiliti in polizza, non supera il 10%. Qualora il grado di invalidità permanente risulti superiore al 10%, l'indennizzo da liquidare sarà commisurato allo sola parte eccedente detta percentuale di invalidità.

- categoria 2) collaboratori:

- sul capitale fino a € 210.000,00 non verrà applicata nessuna franchigia;
- sul capitale eccedente l'importo di € 210.000 non si corrisponde alcun indennizzo se il grado di invalidità permanente, accertato secondo i criteri stabiliti in polizza, non supera il 10%. Qualora il grado di invalidità permanente risulti superiore al 10%, l'indennizzo da liquidare sarà commisurato allo sola parte eccedente detta percentuale di invalidità.

Art. 32 CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ E LIQUIDAZIONE DEL DANNO

La Società liquida l'indennità soltanto per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio indennizzabile a termini della presente Polizza, indipendentemente quindi da malattia o da difetti fisici, preesistenti o sopravvenuti o da mutilazioni preesistenti, in quanto l'influenza che l'infortunio può aver esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono considerate conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

Nei casi di preesistenti mutilazioni o difetti fisici, 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. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui all'allegato 1 del D.P.R. 30/06/1965, n. 1124 e s.m.i. sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

ART. 33 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

La denuncia dell'infortunio, con l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che lo hanno determinato, corredata di certificato medico, deve essere inoltrata entro sessanta giorni dal momento in cui si è verificato l'infortunio o in cui l'Assicurato, o i suoi aventi diritto, abbiano avuto la possibilità di denunciarlo o da quando l'Ufficio preposto ne sia venuto a conoscenza.

Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sia sopravvenuta durante il periodo di cura, di essa deve essere dato avviso alla Società il più presto possibile.

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

Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato, salvo che siano espressamente comprese nell'assicurazione.

L'Assicurato, i suoi familiari od aventi diritto, devono consentire la visita di medici, nominati dalla Società e qualsiasi indagine od accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale, verso la Società stessa, i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato e/o coloro che hanno svolto tali indagini ed accertamenti.

Se il Contraente o l'Assicurato, o i suoi familiari o aventi diritto, intenzionalmente non adempiano all'obbligo della denuncia ed agli altri obblighi indicati nei commi precedenti, l'Assicurato ed i suoi aventi diritto perdono il diritto all'indennità; se a tali obblighi l'Assicurato, i suoi familiari o aventi diritto non adempiono colposamente, la Società, dimostrata l'azione colposa, può ragionevolmente ridurre le indennità in ragione del pregiudizio sofferto.

ART. 34 PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

Completata la necessaria documentazione e svolti gli accertamenti del caso, la Società calcola l'indennizzo dovuto, ne da comunicazione agli aventi diritto e, ricevuta la loro accettazione, provvede al pagamento entro 30 giorni. L'indennizzo viene corrisposto in Italia, in valuta italiana.

ART. 35 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. 36 CONTROVERSIE

Le divergenze sulla natura, causa ed entità delle lesioni, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti in polizza sono demandate per iscritto ad 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 avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il Collegio medico risiede, a scelta dell'Assicurato, nel Comune sede di Istituto di medicina legale più vicino al luogo di residenza dello stesso, o presso la sede legale della Società. Ciascuna delle due parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

E' 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 una provvisoria sull'indennizzo.

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 rifiuta di firmare il relativo verbale.

ART. 37 OBBLIGO DELLA SOCIETÀ DI FORNIRE I DATI AFFERENTI L'ANDAMENTO DEL RISCHIO

La Società, con cadenza quadrimestrale, si impegna a fornire al Contraente, per il tramite del Broker, il dettaglio dei sinistri così suddiviso:

- numero del sinistro della Società;
- data di accadimento;
- tipologia del danno;
- stato del sinistro ("in trattativa", "liquidato" e "chiuso senza seguito");
- importo liquidato e data della liquidazione;
- importo riservato;
- per i sinistri respinti, le motivazioni scritte.

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.

CONDIZIONI PARTICOLARI CHE PREVALGONO SULLE NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE E SULLE NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

(valide per Dipendenti e Collaboratori)

1) BENEFICIARI IN CASO DI MORTE

In caso di morte dell'assicurato, l'indennizzo è devoluto ai beneficiari designati dall'assicurato stesso; in assenza di questi, agli eredi dell'assicurato in parti uguali.

2) MORTE PRESUNTA

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato, e si presuma sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà ai beneficiari indicati in polizza il capitale previsto per il caso di morte.

La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi 6 mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta ai sensi degli Artt. 60 e 62 Codice Civile.

Resta inteso che, se dopo che la Società ha pagato l'indennizzo, risulterà che l'Assicurato è vivo, la Società avrà diritto alla restituzione della somma pagata. A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita.

3) RISCHIO GUERRA

A parziale deroga delle condizioni tutte di polizza, l'assicurazione vale anche per gli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero in un paese sino ad allora in pace.

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

4) ERNIE ADDOMINALI TRAUMATICHE

A parziale deroga delle condizioni tutte di polizza, l'assicurazione è estesa alle ernie addominali da causa fortuita, violenta ed esterna, limitatamente ai casi di invalidità permanente, sempreché questi casi siano contemplati dal contratto, con l'intesa che:

- se l'infortunio determina un'ernia operabile, non verrà corrisposto alcun indennizzo;
- qualora l'ernia, anche se bilaterale, risulti obiettivamente non operabile, verrà corrisposto solamente un indennizzo non superiore al 10% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente totale.

Qualora insorga contestazione circa la natura e la operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al collegio medico previsto dall'Art. "CONTROVERSIE".

5) MANCINISMO

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.

6) MALATTIE TROPICALI

La garanzia è estesa, limitatamente al caso di invalidità permanente, alle malattie tropicali, malaria ed ameba, a condizioni che:

- l'Assicurato si sia assoggettato alle vaccinazioni previste dalle autorità sanitarie;
- l'Assicurato non risulti affetto da tali malattie alla data di decorrenza della garanzia: le affezioni insorgano nel corso del rapporto assicurativo e si manifestino entro e non oltre la scadenza del rapporto assicurativo stesso.

Resta convenuto che non si farà luogo ad indennizzo quando l'invalidità sia di grado pari o inferiore al 15% della totale; se invece essa risulterà superiore al 15%, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente detta percentuale.

Elenco delle malattie garantite: amebiasi, colera, dissenteria bacillare, febbre ricorrente africana, febbre gialla, febbre ittero-emoglobinurica, filariosi, lebbra, leishmaniosi, leptospirosi, malaria, meningite

cerebro-spinale epidemica, micosi tropicale cutanea, peste, sprue, vaiolo.

7) RIMPATRIO DELLA SALMA

In caso di decesso dell'assicurato a seguito di infortunio occorso durante la sua permanenza all'estero, la Società, fino alla concorrenza di € 7.500,00 rimborserà le spese sostenute per il trasporto della salma dal luogo dell'infortunio al luogo di sepoltura in Italia.

8) RIMBORSO SPESE DI TRASPORTO A SEGUITO DI INFORTUNIO ALL'ESTERO

La garanzia è estesa al rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato in caso di infortunio occorso all'estero e che renda necessario il suo trasporto in ospedale attrezzato in Italia o alla sua residenza; la garanzia è prestata fino alla concorrenza di € 7.500,00.

9) INVALIDITÀ PERMANENTE DI GRADO PARI O SUPERIORE AL 50%

L'invalidità permanente di grado pari o superiore al 50%, conseguente ad infortunio indennizzabile a termini di polizza, accertata con i criteri di indennizzabilità previsti in polizza, verrà indennizzata al 100% del capitale assicurato.

10) ABROGAZIONE DELLA FRANCHIGIA PER INVALIDITÀ PERMANENTE NON INFERIORE AL 20%

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

11) RADDOPPIO DELL'INDENNIZZO IN CASO DI COMMORIENZA

Qualora tra i beneficiari designati o aventi altrimenti diritto figurino figli minori o permanentemente inabili al lavoro, la quota parte dell'indennizzo spettante a questi ultimi viene raddoppiata quando, in conseguenza diretta ed esclusiva dello stesso infortunio indennizzabile ai sensi di polizza subito dall'Assicurato sia deceduto, oltre a questi, anche l'altro genitore del figlio minore/permanentemente inabile al lavoro.

Il beneficio di cui sopra è escluso nel caso in cui l'infortunio si verifichi in occasione del rischio di volo previsto in polizza.

12) ESTENSIONE DELLE COPERTURE CASO DI MISSIONE

Per tutti gli assicurati, in caso di missione risultante dai registri del Contraente, la copertura prevista dalla presente polizza si intenderà valida per tutta la durata della missione comprese quindi anche le attività extraprofessionali ed il tempo libero, escluse in ogni caso le attività sportive.

13) DANNO ESTETICO

Se in seguito ad un infortunio indennizzabile a termini di polizza, gli Assicurati subissero deturpazioni o sfregi di carattere estetico al viso, provocati da infortunio e non altrimenti risarcibili, la Società riconoscerà fino alla concorrenza di € 15.000,00 un indennizzo a titolo di rimborso delle spese sostenute per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di eliminare o ridurre il danno estetico, nonché per eventuali interventi di chirurgia plastica ed estetica.

14) H.I.V.

La Società corrisponde il capitale di € 30.000,00 qualora l'Assicurato, a seguito di puntura o ferita occasionale provocate da oggetto infettato dal virus o a seguito di aggressione, risulti sieropositivo secondo gli accertamenti previsti.

L'Assicurato che ritiene di essere contagiato dal virus HIV deve, entro tre giorni dal momento in cui è avvenuto il fatto, darne avviso alla Società a mezzo telegramma o telex o fax, indicando giorno, ora e luogo in cui si è verificato l'evento. Entro sei giorni dall'evento l'Assicurato deve sottoporsi ad un primo test HIV presso in Centro specializzato. Qualora dal test risulti che l'Assicurato è sieropositivo, non sarà dovuto alcun indennizzo. In caso di negatività il test per HIV il test dovrà essere ripetuto dopo 180 e comunque entro 210 giorni dall'evento. Se da questo risulterà che l'Assicurato è divenuto sieropositivo, la Società liquiderà l'indennizzo di € 30.000,00. Il rispetto rigoroso dei termini della denuncia e degli obblighi relativi ai test immunologici sono essenziali per la validità della copertura; in caso di inadempienza

l'Assicurato e gli aventi diritto perdono il diritto all'indennizzo.

15) INFORTUNI DA RADIAZIONI

A parziale deroga delle condizioni tutte di polizza, la presente garanzia è valida esclusivamente per le attività a rischio svolte per conto dell'ISTITUTO NAZIONALE DI FISICA NUCLEARE.

L'Assicurazione è prestata unicamente per i rischi da radiazioni ionizzanti a favore del personale dipendente e/o associato che ha un rapporto con il Contraente formalizzato da lettera di incarico, classificato nelle categorie A e B dei lavoratori esposti, ai sensi del Dlgs. N. 230 del 17/9/1995 e successive modificazioni ed integrazioni.

La presente garanzia vale soltanto quando la morte o l'invalidità permanente siano conseguenze:

- a) di infortuni dai quali le predette persone fossero colpite durante l'espletamento delle loro mansioni in attività disciplinate dal Dlgs. N. 230 del 17/9/1995 e successive modificazioni ed integrazioni, con eventuale uso di reattori, macchine acceleratrici, macchine radiogene e materie radioattive in genere nonché strumentazione scientifica adeguata;
- b) di malattie professionali insorgenti nell'individuo per effetto di esposizione, nell'esercizio delle mansioni sopra specificate, a radiazioni ionizzanti.

L'assicurazione è prestata alla espressa condizione che l'attività degli Assicurati si svolga in conformità alle disposizioni per la prevenzione degli infortuni e per la protezione contro le radiazioni previste dalle vigenti leggi, e che all'atto dell'ingresso in garanzia risultino idonei ai sensi delle leggi vigenti.

Il Contraente si impegna a procedere alla regolare sorveglianza medica prevista dalle leggi vigenti.

In caso di accertato assorbimento di radiazioni per una dose complessiva che superi i limiti individuali di legge, il Contraente si impegna a compiere ogni accertamento e ad adottare tutte le misure opportune perché l'Assicurato riprenda la sua attività solo se riconosciuto idoneo ai sensi di legge.

In ogni caso di accertata non idoneità alla esposizione alle radiazioni ionizzanti, il Contraente si obbliga ad allontanare immediatamente da qualsiasi fonte di radiazione l'Assicurato colpito per tutta la durata dello stato di non idoneità.

La garanzia ha effetto:

- dalle ore 24 del giorno di entrata in vigore della presente polizza per i collaboratori già in possesso della lettera di incarico;
- dalle ore 00.00 della data della lettera della Contraente per i successivi incarichi.

Nel caso di totale cessazione dell'attività dichiarata dalla Contraente, come pure nell'eventualità di risoluzione del rapporto di collaborazione tra Contraente e gli Assicurati, la presente garanzia si intende cessata nei confronti di questi ultimi.

Nelle ipotesi previste al comma che precede, limitatamente al caso di morte e di invalidità permanente conseguente ad infortunio o malattia professionale esclusivamente dovuta all'esposizione alle radiazioni ionizzanti, che abbia avuto luogo durante il periodo di garanzia prestata alla Società, saranno da questa presi in considerazione, agli effetti della liquidazione, i sinistri che fossero regolarmente denunciati dagli assicurati cessati o dai loro aventi causa entro il termine di 24 mesi dalla data di risoluzione del rapporto con la Contraente.

Per le manifestazioni patologiche appresso indicate tale limite massimo di tempo (24 mesi) si intende fissato in 5 anni:

- anemia progressiva grave di tipo ipoplasico o aplasico
- cataratta
- radio - dermati croniche
- radio - lesioni croniche delle mucose
- radio - necrosi ossea;
- stati leucemoidi
- leucosi
- sarcoma osseo
- cancro bronco polmonare per inalazione.

Gli Assicurati cessati che assumessero nuovo impiego od incarico, o frequentassero per scopo di studio o di ricerca stabilimenti o laboratori comportanti comunque il rischio di radiazioni, saranno

automaticamente esclusi dal beneficio di cui al due comma che precedono, dalla data di inizio di tale nuova attività.

Il periodo massimo utile per procedere alla valutazione definitiva del danno indennizzabile a norma della presente garanzia viene fissato in 5 anni dal giorno dell'infortunio o, in caso di malattia, dal giorno della denuncia.

Se dopo il pagamento di una indennità per invalidità permanente, ma entro il termine previsto al comma precedente, l'Assicurato muore in conseguenza degli eventi sopra previsti, la Società corrisponde agli aventi diritto la differenza fra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte ove questa sia superiore e non chiede il rimborso nel caso contrario.

La Società esonera la Contraente dalla preventiva denuncia delle generalità degli assicurati per la cui individuazione si farà riferimento alle lettere di incarico della Contraente stessa inoltrate ad ogni dipendente e/o collaboratore.

Il numero dei soggetti esposti alla data del 31/12/2015 era pari a:

Personale Classificato "A": n. 0	di cui:	
	Personale dipendente Cat. 1	0
	Personale collaboratore Cat. 2	0
Personale Classificato "B": n. 2.200	di cui:	
	Personale dipendente Cat. 1	1.500
	Personale collaboratore Cat. 2	700