

CAPITOLATO SPECIALE D'ONERI**LOTTO 4)
POLIZZA DI ASSICURAZIONE
INFORTUNI CUMULATIVA
CIG n. 56077215C2**

La presente polizza è stipulata tra

ANCONAMBIENTE SPA
Via del Commercio, 27
60131 ANCONA (AN)
C.F. e p IVA 01422820421

e

Durata della polizza

Dalle ore 24.00 del :	30/06/2014
Alle ore 24.00 del :	30/06/2017

Con scadenze dei periodi di assicurazione
successivi al primo fissati

Alle ore 24.00 di ogni	30/06
-------------------------------	--------------

INDICE

1. SEZIONE 1 - DEFINIZIONI	1
2. ART. 1.1 - DEFINIZIONI.....	1
3. ART. 1.2 - IDENTIFICAZIONE DEGLI ASSICURATI.....	2
4. SEZIONE 2 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE	3
5. ART. 2.1 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO/BUONA FEDE	3
6. ART. 2.2 - PAGAMENTO DEL PREMIO.....	3
7. ART. 2.3 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE.....	3
8. ART. 2.4 - AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO	3
9. ART.2.5 - DIMINUZIONE DEL RISCHIO	3
10. ART. 2.6 - PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO.....	3
11. ART. 2.7 - REVISIONE DEL PREZZO E RECESSO ANTICIPATO IN CORSO DI CONTRATTO	3
12. ART. 2.8 – PROROGA IN CASO DI SINISTRO GRAVE.....	4
13. ART. 2.9 - ALTRE ASSICURAZIONI	5
14. ART. 2.10 - ONERI FISCALI	5
15. ART. 2.11 - FORO COMPETENTE.....	5
16. ART. 2.12 - DURATA DELL'ASSICURAZIONE	5
17. ART. 2.13 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE.....	5

18. ART. 2.14 -RINUNCIA RIVALSA.....	5
19. ART. 2.15 – REGOLAZIONE DEL PREMIO	5
20. ART. 2.16 – CLAUSOLA BROKER.....	6
21. ART. 2.17 - LIMITI DI ETA'	6
22. ART. 2.18 - ESTENSIONE TERRITORIALE.....	6
23. ART. 2.19 - COASSICURAZIONE E DELEGA	6
24. ART. 2.20 – OBBLIGO DI FORNIRE DATI SULL’ANDAMENTO DEL RISCHIO	7
25. SEZIONE 3 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI	8
26. ART. 3.1 - ESTENSIONI DI GARANZIA	8
27. ART. 3.2 -ESCLUSIONI	8
28. ART. 3.3 - PERSONE NON ASSICURABILI	9
29. ART. 3.4 -DENUNCIA DELL’INFORTUNIO ED OBBLIGHI RELATIVI	9
30. ART. 3.5 -CRITERI DI INDENNIZZO	9
31. ART. 3.6 – MORTE.....	10
32. ART. 3.7 - INVALIDITA’ PERMANENTE	10
33. ART. 3.8 -CUMULO DI INDENNITA’	11
34. ART. 3.9 - CONTROVERSIE E COLLEGIO ARBITRALE.....	11
35. SEZIONE 4 - CONDIZIONI PARTICOLARI	11
36. ART. 4.1 - ESONERO DENUNCIA GENERALITA’ DEGLI ASSICURATI.....	11

37. ART. 4.2 - RISCHIO GUERRA.....	11
38. ART. 4.3 - MORTE PRESUNTA	12
39. ART. 4.4 -DANNI ESTETICI.....	12
40. ART. 4.5 - INFORTUNI AERONAUTICI.....	12
41. ART. 4. 6 - SPESE MEDICHE.....	13
42. ART. 4.7 - ANTICIPO INDENNIZZI	13
43. ART. 4.8 - CLAUSOLA DIRIGENTI	14

SEZIONE 1 - DEFINIZIONI

ART. 1.1 - DEFINIZIONI

Assicurato:	La persona fisica o giuridica nel cui interesse è prestata la garanzia.
Broker:	Il Broker affidatario del servizio da parte di Anconambiente S.p.A.
Contraente:	Anconambiente S.p.A.
Condizioni di Assicurazione:	Le norme che disciplinano il rapporto contrattuale.
Dipendenti:	Personale INAIL, non INAIL, collaboratori a progetto, lavoratori interinali, parasubordinati.
Franchigia:	L'importo eventualmente pattuito a carico dell'Assicurato per ciascun sinistro.
Scoperto:	La percentuale del danno eventualmente pattuita a carico del Contraente per ciascun sinistro.
Garanzia:	La copertura dei rischi prestata dal contratto assicurativo.
Indennizzo:	La somma che la Società eroga all'assicurato in caso di sinistro.
Premio:	La somma, comprensiva di imposte, dovuta dal Contraente alla Società per la prestazione di garanzia.
Risarcimento:	La somma che la Società eroga all'avente diritto in caso di sinistro.
Rischio:	La possibilità che si verifichi l'evento dannoso.
Infortunio:	Ogni 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 e/o una inabilità temporanea.
Sinistro:	Il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
Società:	L'impresa o il gruppo di imprese che prestano l'assicurazione.

Le norme dattiloscritte di seguito riportate annullano e sostituiscono integralmente tutte le condizioni riportate a stampa che, quindi, si devono intendere abrogate e prive di effetto.

ART. 1.2 - IDENTIFICAZIONE DEGLI ASSICURATI

La presente polizza viene stipulata per tutte le categorie, per le quali il Contraente ha l'obbligo od interesse ad attivare la copertura assicurativa e vale per gli infortuni subiti dagli Assicurati in occasione della partecipazione all'attività della Contraente o nello svolgimento delle mansioni dichiarate dal Contraente stesso.

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per la loro identificazione si farà riferimento ai registri tenuti dal Contraente.

Il Contraente resta altresì esonerato dall'obbligo di notificare preventivamente alla Società le malattie, le infermità, le mutilazioni ed i difetti fisici da cui fossero affette le persone assicurate all'atto della stipula del presente contratto, o degli inserimenti successivi, o che dovessero in seguito sopravvenire.

SEZIONE 2 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

ART. 2.1 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO/BUONA FEDE

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente/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 art.1892, 1893, 1894 C.C..

Tuttavia l'omissione, l'incompletezza o inesattezza della dichiarazione da parte del Contraente/Assicurato di una circostanza eventualmente aggravante il rischio, durante il corso della validità della presente polizza così come all'atto della sottoscrizione della stessa, non pregiudicano il diritto all'indennizzo sempreché tali omissioni, incomplete od inesatte dichiarazioni siano state fatte in buona fede.

ART. 2.2 - PAGAMENTO DEL PREMIO

La garanzia ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza e la prima rata di premio sarà pagata entro 60 giorni dalla effettiva consegna dei documenti originali al Broker.

Le rate successive devono essere pagate entro le ore 24 del 60° (sessantesimo) giorno dopo quello della scadenza.

Anche le eventuali appendici di variazione/ regolazione / aumento, potranno essere pagate entro il 60° (sessantesimo) giorno dalla data di decorrenza.

Se il Contraente non paga entro tali termini la garanzia resta sospesa e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.

ART. 2.3 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

ART. 2.4 - AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

L'assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio.

Gli aggravamenti di rischio non noti alla Società o non accettati dalla stessa possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 C.C.

ART.2.5 - 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 dell'Assicurato (art. 1897 C.C.) e rinunciano al relativo diritto di recesso.

ART. 2.6 - PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

Valutato il danno, verificata l'operatività della garanzia e ricevuta la necessaria documentazione, la Società provvede al pagamento dell'indennizzo.

ART. 2.7 - REVISIONE DEL PREZZO E RECESSO ANTICIPATO IN CORSO DI CONTRATTO

Le parti prendono e danno reciprocamente atto che ai sensi dell'art. 115 del D. Lgs. 163/2006 "Codice degli Appalti" durante il decorso del rapporto contrattuale si potrà addivenire ad una revisione delle condizioni

normative e di premio indicate in polizza, laddove ricorrano elementi idonei a giustificare una loro variazione.

La revisione del prezzo è consentita, decorsi almeno 180 giorni dall'inizio dell'Assicurazione, al verificarsi di una delle seguenti circostanze:

- ☐ in caso di aggravamento del rischio tale per cui, se fosse stato conosciuto al momento della conclusione del contratto, la Società avrebbe consentito l'Assicurazione ad un premio più elevato,
- ☐ nel caso in cui l'ammontare dei sinistri pagati dalla Società sommato al computo degli importi posti a riserva dalla Società per i sinistri non ancora pagati, risulti eccedere l'ammontare del premio al netto delle imposte pagato dal Contraente per il medesimo periodo di oltre il 10%.

In tale ipotesi la Società rinuncia alla facoltà di recesso ed avrà diritto alla revisione del premio assicurativo, a far data dalla prima scadenza successiva, in misura massima pari all'eccedenza riscontrata, ma non oltre il 50%.

La revisione del prezzo deve essere richiesta dalla Società con un preavviso non inferiore a 60 giorni. Il Contraente avrà la facoltà di accettare o rifiutare la richiesta di revisione del prezzo sulla base di un'istruttoria condotta tenuto conto delle disposizioni di cui all'art. 7, comma 4, lettera c) e comma 5 del "Codice degli Appalti". Qualora il Contraente, in esito a tale indagine, comunichi di rifiutare l'applicazione dell'incremento di premio richiesto, il contratto si intenderà risolto di diritto, decorsi 180 giorni dalla data della predetta comunicazione di richiesta di revisione del prezzo da parte della Società.

La Società ha inoltre facoltà di recedere dall'Assicurazione, decorsi almeno 180 giorni dall'inizio dell'Assicurazione, al verificarsi di una delle seguenti circostanze:

- ☐ in caso di aggravamento del rischio tale per cui, se fosse esistito o fosse stato conosciuto al momento di conclusione del contratto la Società non avrebbe consentito l'Assicurazione,
- ☐ nel caso in cui l'ammontare dei sinistri pagati dalla Società sommato al computo degli importi posti a riserva dalla Società per i sinistri non ancora pagati, risulti eccedere l'ammontare del premio al netto delle imposte pagato dal Contraente per il medesimo periodo di oltre il 50%.

Ricorrendo tale circostanza la Società ha facoltà di recedere dal contratto, con preavviso di 180 giorni da darsi con lettera raccomandata il cui computo decorre dalla data di ricevimento della suddetta raccomandata da parte del Contraente,.

Anche il Contraente può recedere dal contratto con le stesse modalità e termini di cui ai commi precedenti, fermo il diritto al rimborso dei ratei di premio pagati e non goduti al netto delle imposte, limitatamente tuttavia ai rischi che non si sono nel frattempo realizzati.

In caso di risoluzione anticipata del contratto la Società rimborserà al Contraente i ratei di premio pagati e non goduti, escluse le imposte, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso.

In ogni caso di risoluzione anticipata del contratto di cui al presente articolo, il recesso da parte della Società non avrà effetto qualora la Società non abbia comunicato al Contraente, contestualmente all'esercizio del recesso stesso, le informazioni di cui all'art. 2.20 Informativa sui sinistri.

ART. 2.8 – PROROGA IN CASO DI SINISTRO GRAVE

Qualora nel corso degli ultimi 6 mesi di validità del contratto si verifichi un sinistro, che già non sia stato respinto dalla Compagnia, il cui ammontare pagato o posto a riserva ecceda di oltre il 50% il premio annuale di polizza al netto delle imposte, la Società rinuncia ad esercitare la facoltà di recesso ed il contratto si intende prorogato di diritto di una ulteriore annualità decorrente dalla scadenza originaria del contratto.

In tale ipotesi la Società avrà diritto alla revisione del premio assicurativo relativo a tale ulteriore annualità in misura massima pari all'eccedenza riscontrata, ma non oltre il 50%.

ART. 2.9 - ALTRE ASSICURAZIONI

E' data facoltà al Contraente di non comunicare altre assicurazioni che avesse in corso o che stipulasse in futuro con altre imprese per gli stessi rischi assicurati con il presente contratto di assicurazione.

Il presente contratto di assicurazione s'intende stipulato indipendentemente ed in aggiunta alle assicurazioni obbligatorie previste per gli infortuni sul lavoro dalle leggi vigenti e da quelle eventuali future.

Il Contraente è inoltre esonerato dal denunciare le assicurazioni a favore dei propri dipendenti a cui fosse tenuto per legge o per disposizioni aventi comunque carattere obbligatorio, delle quali la presente costituisce un complemento, pur essendo completamente separata ed indipendente.

ART. 2.10 - ONERI FISCALI

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

ART. 2.11 - FORO COMPETENTE

Foro competente è esclusivamente quello di appartenenza del Contraente / Assicurato.

ART. 2.12 - DURATA DELL'ASSICURAZIONE

La presente polizza ha inizio dalle ore 24.00 del 30.06.2014 e scadenza alle ore 24.00 del 30.06.2017, data in cui la polizza stessa cesserà senza obbligo di invio della disdetta.

E' facoltà, comunque, del Contraente al termine di ogni annualità assicurativa recedere dalla polizza con preavviso da inviare a mezzo raccomandata almeno 30 giorni prima della scadenza annuale.

E' inoltre facoltà del Contraente, con preavviso non inferiore a 30 giorni antecedenti la scadenza o la cessazione, per qualsiasi causa, del contratto, richiedere alla Società una proroga temporanea della presente assicurazione, finalizzata all'espletamento od al completamento delle procedure di aggiudicazione della nuova assicurazione. La Società, a fronte della corresponsione del relativo rateo di premio, si impegna sin d'ora a prorogare in tal caso l'assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche per un periodo massimo di 180 giorni decorrenti dalla scadenza.

ART. 2.13 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

ART. 2.14 -RINUNCIA RIVALSA

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi causa al diritto spettante all'Assicuratore, che abbia pagato l'indennità, di surrogarsi (V. art. 1916 C.C.) nei diritti dell'Assicurato, che potrà così esercitarli integralmente nei confronti dei terzi responsabili.

Art. 2.15 – Regolazione del premio

Se il premio convenuto in tutto o in parte in base ad elementi di rischio variabili, esso viene anticipato in via provvisoria ed é regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo 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 eventualmente stabilito. A tale scopo, entro 90 (novanta) giorni, a partire dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o della minor durata del contratto, l'Assicurato deve fornire alla Società i dati necessari e cioè l'indicazione degli elementi variabili contemplati in polizza.

Le differenze, attive o passive, risultanti dalla regolazione, devono essere pagate nei 60 giorni dalla relativa comunicazione da parte della Società.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti o il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società dovrà fissargli un ulteriore termine non inferiore a trenta giorni, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo annuo per il quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva e la garanzia resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

ART. 2.16 – CLAUSOLA BROKER

Il Contraente dichiara di aver conferito incarico di brokeraggio alla Società Marsh S.p.A, Via Ing. Roberto Bianchi, snc - 60131 Ancona - Telefono n. (39) 071. 950 0009, Telefax n. (39) 071. 950 0002, in qualità di Broker di Assicurazione del Contraente.

Ad ogni effetto di legge, le parti riconoscono alla suddetta società, la gestione e l'esecuzione della presente polizza, per tutto il tempo della sua durata, incluse eventuali proroghe, rinnovi, riforme o sostituzioni. Il Contraente e la Società si danno reciprocamente atto che gli oneri derivanti dalla gestione del Broker restano a carico della Società e che tutte le comunicazioni, i rapporti amministrativi ed il versamento dei premi inerenti l'esecuzione del contratto devono trasmettersi dall'una all'altra parte per tramite del suddetto Broker.

ART. 2.17 -LIMITI DI ETÀ'

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore ai settantacinque anni.

Tuttavia per persone che raggiungano tale età nel corso del contratto di assicurazione, 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 a richiesta del Contraente.

ART. 2.18 - ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione viene prestata per tutto il mondo. In ogni caso il pagamento delle indennità verrà effettuato in Italia .

ART. 2.19 - COASSICURAZIONE E DELEGA

Qualora l'assicurazione sia divisa per quote fra diverse Società coassicuratrici , tenute in caso di sinistro a concorrere al pagamento dell'indennizzo liquidato a termini delle condizioni di assicurazione in proporzione della quota da esse assicurata, la Compagnia che assumerà la qualifica di Delegataria , dovrà dichiarare di aver ricevuto mandato dalle Coassicuratrici a firmarlo anche in loro nome e per loro conto.

Pertanto la firma apposta dalla Società Delegataria rende l'atto valido ad ogni effetto, anche per le quote delle Coassicuratrici.

Resta inteso che la Società Delegataria dovrà corrispondere per l'intero gli indennizzi, fermo il suo diritto a rivalersi verso le Coassicuratrici.

ART. 2.20 – OBBLIGO DI FORNIRE DATI SULL'ANDAMENTO DEL RISCHIO

La Società

1. entro 60 giorni dal termine di ciascuna annualità assicurativa,
2. entro 180 giorni antecedenti la scadenza finale del contratto,
3. nonché, in caso di risoluzione anticipata del contratto contestualmente all'esercizio del recesso, si impegna a fornire al Contraente, in formato elettronico Microsoft Excel® o altro supporto informatico equivalente, il dettaglio dei sinistri, aggiornato a non oltre i 60 giorni precedenti, così articolato:
 - a) il numero identificativo attribuito dalla Società (*in formato "numero"*);
 - b) la data del sinistro (*in formato "data"*);
 - c) la data di accadimento dell'evento se non coincidente con quella del sinistro (*in formato "data"*);
 - d) il nominativo del reclamante o, qualora non divulgabile, un codice identificativo univoco (*in formato "testo"*);
 - e) l'indicazione se trattasi di danneggiamento a cose o a persone o se trattasi di evento mortale (*in formato "testo"*);
 - f) la descrizione dettagliata dell'evento (*in formato "testo"*);
 - g) lo stato di trattazione (aperto, chiuso senza seguito, chiuso con pagamento, non in garanzia) (*in formato "testo"*);
 - h) la sede di trattazione (stragiudiziale, giudiziale civile, giudiziale penale, accertamento tecnico non ripetibile) (*in formato "testo"*);
 - i) l'importo stimato dell'indennizzo (cosiddetta "riserva" attribuita dalla Società) (*in formato "valuta"*);
 - j) l'importo liquidato dalla Società a titolo d'indennizzo (*in formato "valuta"*);
 - k) la data di avvenuto pagamento (*in formato "data"*).

La Società espressamente riconosce che le previsioni tutte contenute nella presente clausola contrattuale:

- ☐ la impegnano a redigere il documento di cui sopra secondo un'accurata ed aggiornata informativa dalla data di apertura del fascicolo del sinistro, fino a quando non vi sia l'esaurimento di ogni attività contrattualmente o legalmente richiesta;
- ☐ rappresentano un insieme di obbligazioni considerate essenziali per la stipulazione ed esecuzione del presente contratto assicurativo, in quanto necessarie a rendere tempestivamente ed efficacemente edotto il Contraente circa gli elementi costitutivi e qualificanti il suo rapporto contrattuale con la Società, come pure per ogni e qualsiasi effetto od adempimento previsto dalla vigente ed applicabile legislazione.

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

In caso di inadempienza da parte della Società, il Contraente provvederà a formalizzare contestazione scritta a mezzo di raccomandata con ricevuta di ritorno assegnando alla Società non oltre 10 giorni naturali e consecutivi per adempiere ovvero per produrre controdeduzioni. Laddove la Società persista nell'inadempimento e ove le controdeduzioni non fossero pervenute entro il termine prescritto o non fossero ritenute idonee, verrà applicata una penale nella misura di € 25,00 a valere sull'ammontare della

cauzione definitiva per ogni giorno di ritardo nell'inadempimento rispetto ai termini indicati dal Contraente e per l'esecuzione delle prestazioni contrattuali.

SEZIONE 3 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

ART. 3.1 - ESTENSIONI DI GARANZIA

Sono considerati infortuni:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti acuti di origine traumatica, da ingestione o assorbimento di sostanze;
- contatto con corrosivi;
- le affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi, esclusi il carbonchio, la malaria e le malattie tropicali;
- l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento;
- la folgorazione;
- i colpi di sole o di calore;
- le lesioni (esclusi gli infarti) determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico;
- gli infortuni derivanti da aggressioni in genere;
- gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismi, attentati, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- gli infortuni derivanti da malore ed incoscienza;
- gli infortuni derivanti da imprudenza e negligenza anche gravi;
- gli infortuni derivanti dall'uso o guida di ciclomotori e motocicli di qualunque cilindrata, trattori e macchine agricole semoventi, veicoli a motore e natanti, a condizione che l'Assicurato sia in possesso, ove prescritto, di regolare patente di abilitazione alla guida;
- gli infortuni subiti in conseguenza di calamità naturali costituite da terremoto, maremoto, eruzione vulcanica, alluvioni, inondazioni e fenomeni connessi, frane, smottamenti, valanghe, slavine;
- gli infortuni causati da influenze termiche ed atmosferiche;
- gli infortuni derivanti da abuso di alcolici, con l'esclusione di quelli subiti alla guida di veicoli e/o natanti in genere.
- le conseguenze di operazioni chirurgiche e di accertamenti e cure mediche resi necessari da infortunio;
- ernie addominali da sforzo e strappi muscolari derivanti da sforzo;
- ernie traumatiche.

ART. 3.2 -ESCLUSIONI

Salvo patto speciale non sono compresi nell'assicurazione gli infortuni derivanti da:

- a) partecipazione a gare e corse (e relative prove) calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo; dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove) che comportano l'uso o la guida di veicoli a motore e natanti, salvo che si tratti di regolarità pura;
- b) gli infortuni derivanti da guerra e insurrezioni, salvo quanto previsto alla Condizione Particolare - Rischio Guerra - , da delitti dolosi compiuti o tentati all'Assicurato;

- c) gli infortuni che siano conseguenza diretta od indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo e di radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, e da esposizione a radiazioni ionizzanti;
- d) gli infortuni derivanti dall'abuso di psicofarmaci o da uso non terapeutico di stupefacenti od allucinogeni;
- e) gli infortuni occorsi in occasione di partecipazione ad imprese temerarie, salvo in quest'ultimo caso che si tratti di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;

ART. 3.3 - PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, A.I.D.S., sieropositive per H.I.V., o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici.

L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi.

Il Contraente è esonerato dal notificare le malattie, le infermità, le mutilazioni ed i difetti fisici da cui fossero affette le persone assicurate.

ART. 3.4 -DENUNCIA DELL'INFORTUNIO ED OBBLIGHI RELATIVI

La denuncia dell'infortunio con una dettagliata descrizione dello stesso e delle sue cause e conseguenze, corredata di certificato medico, deve essere fatta alla Società cui è assegnato il contratto di assicurazione nel termine di 15 giorni dall'infortunio o dal momento in cui l'Assicurato o gli aventi diritto ne abbiano avuto possibilità. Avvenuto l'infortunio, l'Assicurato deve ricorrere alle cure di un medico e seguirne le prescrizioni, nonché informare periodicamente la Società sul decorso delle lesioni.

Quando l'infortunio abbia causato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, deve esserne dato immediatamente avviso telegrafico alla Società.

L'Assicurato, i suoi familiari od aventi diritto devono consentire alla visita di medici della Società ed a qualsiasi indagine che questi ritengano necessaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato stesso.

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

ART. 3.5 -CRITERI DI INDENNIZZO

La Società corrisponderà l'indennità per le sole conseguenze dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto 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 conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

Parimenti, nei preesistenti casi di mutilazioni o difetti fisici, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette dell'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra e sana, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti.

ART. 3.6 – MORTE

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifica entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida ai beneficiari la somma assicurata per il caso di morte.

Per beneficiari si intendono, salvo diversa designazione da parte dell'Assicurato, gli eredi testamentari o legittimi. In caso di premorienza o commorienza dei beneficiari designati, detta somma sarà liquidata agli eredi testamentari o legittimi.

Qualora l'assicurazione sia stata stipulata in ottemperanza al C.C.N.L. applicabile all'Assicurato, la somma per il caso di morte sarà corrisposta alle persone cui spetta obbligatoriamente in forza del citato C.C.N.L. e solo in mancanza di tali persone si applicherà quanto disposto dai primi due commi del presente articolo.

Vengono parificati al caso di morte il caso in cui l'Assicurato venga dichiarato disperso alle competenti Autorità ed il caso di sentenza di morte presunta, ai sensi dell'art. 60 comma 3 del Codice Civile .

ART. 3.7 - INVALIDITA' PERMANENTE

Se l'infortunio ha per conseguenza un'invalidità permanente e questa si verifica entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida per tale titolo un'indennità calcolata sulla somma assicurata per invalidità permanente, secondo la tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria per gli infortuni e le malattie professionali approvata con D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 e successive modifiche, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge.

Per gli Assicurati mancini, si conviene che le percentuali di Invalidità Permanente previste dalla citata tabella per l'arto superiore destro, varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa.

La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto, viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se si tratta di minorazione, le percentuali vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta. Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi o arti, l'indennità viene stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al limite massimo del 100%.

L'indennità per la perdita funzionale ed anatomica di una falange del pollice è stabilita nella metà, per la perdita anatomica di una falange dell'alluce nella metà e per quella di una falange di qualunque altro dito in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito.

Nei casi di invalidità permanente non specificati, l'indennità è stabilita tenendo conto 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 minorati, le percentuali sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Nel caso di ernia che per essere determinata da infortunio (ernia traumatica) risulti compresa in garanzia, l'indennità è stabilita come segue:

- se l'ernia è operabile e il contratto prevede il caso di inabilità temporanea, la Società corrisponderà la somma giornaliera assicurata per l'inabilità temporanea, fino ad un massimo di trenta giorni;
- se l'ernia non risulta operabile, la Società corrisponderà l'indennità fino al 10% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente.

Questi massimi valgono anche se l'ernia è bilaterale.

Qualora insorga contestazione circa l'operabilità o meno dell'ernia, la decisione sarà rimessa al Collegio Arbitrale di cui al successivo art. 12.

Nei casi di invalidità permanente non specificati, 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.

Nei casi di invalidità permanente di grado pari o superiore al 65% sarà liquidata l'indennità pari all'intero capitale assicurato.

ART. 3.8 -CUMULO DI INDENNITA'

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 muore, la Società corrisponderà ai beneficiari designati o, in difetto, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali, la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore, e non chiederanno il rimborso nel caso contrario.

Il diritto all'indennità per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi, tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Società paga agli eredi dell'Assicurato l'importo liquidato od offerto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

ART. 3.9 - CONTROVERSIE E COLLEGIO ARBITRALE

In caso di disaccordo sulla causa o sulla natura delle lesioni o sulla valutazione delle conseguenze attribuibili all'infortunio, la vertenza viene deferita ad un Collegio Arbitrale. Il Collegio è composto di tre medici, di cui due nominati dalle Parti, una per ciascuna, ed il terzo d'accordo fra i due primi, o, in difetto, dal Presidente dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio Arbitrale.

Gli arbitri, tenendo presenti le condizioni del contratto di assicurazione, decidono a maggioranza inappellabilmente come amichevoli compositori senza alcuna formalità giudiziaria; le loro decisioni impegnano le Parti anche se l'arbitro dissenziente non le ha sottoscritte. Ciascuna delle Parti sopporta le spese del proprio arbitro e metà di quelle del terzo.

SEZIONE 4 - CONDIZIONI PARTICOLARI

ART. 4.1 - 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.

ART. 4.2 - RISCHIO GUERRA

La garanzia viene estesa agli infortuni avvenuti all'estero (escluso comunque il territorio della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino) derivanti da stato di guerra civile, guerra, invasione, atti nemici,

ostilità (sia che la guerra sia dichiarata e non), per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di eventi bellici mentre si trova all'estero.

ART. 4.3 - MORTE PRESUNTA

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termine del contratto di assicurazione, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato, e si presume sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà ai beneficiari indicati nel contratto di assicurazione 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 termini degli artt. 60 e 62 C.C.

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

A restituzione avvenuta dell'intera somma liquidata, l'Assicurato non deceduto potrà far valere i propri diritti per l'invalidità eventualmente subita e residua, anche se nel frattempo fossero trascorsi oltre due anni dall'evento subito e, quindi, senza che si possano da parte della Società invocare eventuali termini di prescrizione, che, al più, decorreranno da quel momento.

ART. 4.4 - DANNI ESTETICI

In caso di infortunio non escluso dal presente contratto, con conseguenze di carattere estetico, che tuttavia comporti risarcimento a titolo di invalidità permanente, la Società rimborserà fino 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 per interventi di chirurgia plastica ed estetica.

ART. 4.5 - INFORTUNI AERONAUTICI

L'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei da lui effettuati in qualità di passeggero su 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 o di trasferimento e da società di lavoro aereo, esclusivamente durante trasporto pubblico passeggeri. In tale estensione non sono compresi i viaggi aerei effettuati su velivoli ed elicotteri eserciti da Società/Aziende di Lavoro Aereo, in occasione di voli diversi dal trasporto pubblico di passeggeri o da Aeroclubs.

Il rischio volo inizia nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dei suddetti aeromobili e cessa quando ne è disceso; la salita e la discesa, mediante scale ed altre attrezzature speciali aeroportuali, fanno parte del rischio del volo.

Resta convenuto che la somma delle garanzie previste da questa estensione, non potrà superare per ciascuna persona assicurata i capitali di **€ 1.000.000,00=** per il caso di morte, **€ 1.000.000,00=** per il caso di invalidità permanente totale e per aeromobile i capitali di **€ 5.000.000,00=** per il caso morte, **€ 5.000.000,00=** per il caso di invalidità permanente totale.

In detta limitazione per aeromobile rientrano anche i capitali riferentesi ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio volo con estensioni contemplate da polizze infortuni cumulative stipulate dallo stesso Contraente. 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.

ART. 4.6 - SPESE MEDICHE

Entro il limite della somma specificatamente assicurata, e sempre che sostenute in dipendenza dell'infortunio o degli altri eventi garantiti con la presente assicurazione ed inerenti la persona dell'Assicurato, gli Assicuratori rimborseranno:

- a) le spese sostenute per:
 - ❖ onorari dei medici, dei chirurghi, degli assistenti, degli anestesisti e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento;
 - ❖ uso di sala operatoria, materiale di intervento (ivi compresi gli apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento), materiale di cura e medicinali, accertamenti radiografici e radioscopici, esami ed analisi in genere, terapia fisica, trattamenti fisioterapici e rieducativi;
 - ❖ rette di degenza in ospedali o cliniche;
 - ❖ trasporto dal luogo dell'incidente all'istituto con ambulanza;
 - ❖ spese farmaceutiche rese necessarie dall'infortunio;
- b) le spese - sino **al 20%** della somma stabilita - sostenute dopo la cessazione del ricovero o rese necessarie dall'intervento chirurgico ambulatoriale, per esami, acquisto di medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, effettuate nei trenta giorni successivi. La domanda di rimborso, corredata dalle ricevute originali di quanto pagato per i titoli suindicati, deve essere presentata agli Assicuratori entro un mese dal termine della cura medica.

A richiesta, gli Assicuratori restituiscono i predetti originali, previa opposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato.

Qualora gli originali delle notule, distinte e ricevute siano stati presentati a terzi per ottenere il rimborso, gli Assicuratori effettuano il pagamento di quanto dovuto a termini del presente contratto dietro dimostrazione 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, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi.

Il rimborso sarà effettuato all'Assicurato o, in caso di morte, ai suoi beneficiari.

ART. 4.7 - ANTICIPO INDENNIZZI

Per Invalidità Permanente di grado superiore al 10% l'Assicurato ha facoltà di richiedere un anticipo d'indennizzo. Tale richiesta deve essere presentata almeno 30 giorni dopo l'inoltro della denuncia di sinistro.

La Società entro i 30 giorni successivi, provvederà alla erogazione di un importo pari al 50% della somma che, sulla base delle stime preliminari, risulterà al momento indennizzabile.

Non si darà luogo ad erogazione di anticipi quando sussistano giustificati dubbi sull'indennizzabilità del danno.

ART. 4.8 - CLAUSOLA DIRIGENTI

Per le persone con la qualifica di dirigente l'assicurazione viene estesa alle malattie professionali, nei limiti previsti dai singoli certificati di assicurazione– Categoria B), (intendendo come tali quelle indicate alla tabella annessa al D.P.R. 30/06/1965 N. 1124 e successive modifiche) che si manifestino nel corso della validita' del presente contratto con rinuncia da parte della Societa' della franchigia prevista dalla legge medesima.

Sono escluse dalla garanzia le conseguenze dirette ed indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche.

Il contraente dichiara che all'atto di perfezionamento del contratto i Dirigenti assicurati non presentano alcuna manifestazione morbosa riferibile alle predette malattie.

Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia professionale l'attitudine al lavoro del dirigente assicurato risulti permanentemente ridotta in modo tale da non consentire una attivita' lavorativa in mansioni compatibili la somma assicurata per il caso di invalidita' permanente viene liquidata al 100%.

L'assicurazione vale anche per la pratica non professionale di qualsiasi sport, escluso il paracadutismo e sport arerei in genere

LA SOCIETA'

IL CONTRAENTE

Certificato di assicurazione n.

ASSICURATO	ANCONAMBIENTE S.p.A.
INDIRIZZO	VIA DEL COMMERCIO n. 27 – 60131 ANCONA
PARTITA IVA	01422820421
DECORRENZA	30.06.2014
SCADENZA	30.06.2017

ATTIVITA' DEGLI ASSICURATI

A titolo esemplificativo e non limitativo, le principali attività svolte dal Contraente/Assicurato nell'ambito territoriale della Regione Marche, comprendono :

Attività	A) gestire i servizi per la raccolta, pesatura, caricamento, trasporto e lo smaltimento dei rifiuti urbani ed assimilati speciali non pericolosi e pericolosi prodotti da terzi, compresi sia lo spazzamento, la pulizia ed il diserbo di strade ed aree pubbliche anche adibiti a verde nonché la loro eventuale manutenzione, sia la rimozione neve, nonché realizzare e gestire i relativi impianti ed opere;
	B) gestire i servizi per la raccolta, pesatura, caricamento, trasporto, stoccaggio e il trattamento, lo smaltimento di rifiuti speciali anche pericolosi, compreso il servizio di riciclaggio degli inerti, realizzare bonifiche ambientali nonché realizzare e gestire i relativi impianti ed opere;
	C) gestire impianti fissi e mobili, stazioni di trasferimento e conferimento di rifiuti raccolti in modo differenziato, impianti di stoccaggio di trattamento chimico-fisico e/o biologico, impianti di discarica per rifiuti urbani tal quali o trattati, inerti-speciali-pericolosi, impianti di term distruttione;
	D) gestire ed erogare servizi complementari a quelli di igiene urbana ed ambientali, come ad esempio: espurgo pozzi neri e pozzetti stradali, derattizzazione, demuscazione e disinfestazione ambienti pubblici e privati, pulizia mercati comunali, autotrasporto per conto terzi, lavaggio e disinfezione dei gabinetti ed orinatoi pubblici, realizzazione, manutenzione e gestione del verde pubblico, delle fontane e delle spiagge.
	E) gestire i servizi concernenti la produzione, il trasporto, la distribuzione, l'acquisto e la cessione di energia elettrica nonché realizzare i relativi impianti ed opere;
	F) realizzare e gestire impianti per il teleraffreddamento, il teleriscaldamento e la produzione combinata di calore ed energia elettrica, nonché realizzare e gestire le reti di distribuzione del calore ed energia elettrica per tutti gli usi;
	G) gestire i servizi di illuminazione pubblica, dei sistemi semaforici e di illuminazione votiva nei cimiteri, compresa la realizzazione dei relativi impianti ed opere;
	H) gestire le attività cimiteriali e funerarie, compresi il trasporto funebre, la cremazione e ogni attività per l'ampliamento, modifica o costruzione di nuove strutture cimiteriali nonché la realizzazione dei relativi impianti;
	I) prestare servizi in materia di risparmio energetico compresa la gestione calore, la gestione impianti termici e relative attività di manutenzione e di controllo;
	J) provvedere alla progettazione, attuazione, costruzione, gestione, manutenzione e rinnovo di centrali, impianti e reti tecnologiche di qualsiasi tipo;
	K) eseguire la progettazione, l'attuazione e la successiva gestione e manutenzione di opere pubbliche,

	di opere di urbanizzazione, reti e impianti tecnologici di qualsiasi tipo;
L)	gestire altri servizi ambientali di supporto e servizi comunque connessi all'assetto del territorio;
M)	eseguire la rimozione forzata dei veicoli ed il soccorso stradale;
N)	accertare le violazioni in materia di rifiuti mediante l'istituzione di ispettori ambientali;
O)	o) svolgere servizi di gestione affitto e locazione di beni mobili ed immobili di qualsiasi genere e natura.

CATEGORIE E SOMME ASSICURATE

L'assicurazione è prestata per le persone appartenenti alle seguenti categorie per garanzie e capitali assicurati specificati ad ogni singola categoria.

CATEGORIA A) AMMINISTRATORI

La copertura è operante per il Presidente, i Consiglieri, i componenti il Collegio dei revisori limitatamente alle attività espletate in connessione con il mandato, compreso il rischio da circolazione su qualsiasi mezzo inclusi aeromobili, nonché il rischio in itinere.

Numero persone assicurate: **7 (1 Presidente, 6 Consiglieri)**

Somme assicurate per ciascuna persona:	Morte	€ 300.000,00
	I.P.	€ 300.000,00
	Spese mediche da infortunio	€ 2.600,00

CATEGORIA B) DIRIGENTI

La copertura è operante per i Dirigenti durante lo svolgimento delle attività professionali ed extra professionali.

Numero persone assicurate: **1 (AMMINISTRATORE DELEGATO)**

Preventivo retribuzioni : **€ 150.000,00**

Somme assicurate per ciascuna persona:	Morte	5 volte la retribuzione annua lorda
	I.P.	6 volte la retribuzione annua lorda
	Spese mediche da infortunio	€ 2.600,00

LA SOCIETA'

IL CONTRAENTE/ASSICURATO
