

LEPIDA S.p.A.

Allegato 3

Lotto 2

CIG 54364761EB

Condizioni di Polizza

INFORTUNI CATEGORIE VARIE

LEPIDA S.p.A.

DEFINIZIONI

Alle seguenti denominazioni le Parti attribuiscono convenzionalmente il significato qui precisato

- **Assicurazione:** il contratto di assicurazione
- **Polizza:** il documento che prova l'assicurazione
- **Contraente:** il soggetto che stipula l'assicurazione e cioè Lepida SpA
- **Assicurato:** il soggetto a favore del quale è prestata l'assicurazione
- **Broker:** il soggetto incaricato dal Contraente e riconosciuto dalla Società per la gestione ed esecuzione della polizza e cioè la Lenzi Paolo Broker di Assicurazioni Srl
- **Società :** l'impresa assicuratrice
- **Premio:** la somma dovuta dal Contraente alla Società
- **Rischio:** la probabilità che si verifichi il sinistro
- **Sinistro:** il verificarsi dell'infortunio o altro evento per il quale è prestata la garanzia assicurativa
- **Malattia:** ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio
- **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 un'invalidità permanente e/o una inabilità temporanea.
- **Morte:** è considerata "morte" anche lo stato dichiarato di "coma irreversibile" conseguente ad infortunio.
- **Invalidità permanente:** la diminuita capacità o la perdita definitiva ed irrimediabile della capacità generica ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato.
- **Istituto di cura:** L'ospedale pubblico, la clinica o la casa di cura, sia convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale che privato, regolarmente autorizzati al ricovero di malati. Restano esclusi gli stabilimenti termali, le case di riposo, gli istituti di recupero per tossicodipendenti o alcolizzati, gli istituti per persone affette da malattie mentali o disordini caratteriali, case di convalescenza e/o istituti simili.
- **Diaria:** la permanenza dell'Assicurato nell'Ospedale / Istituto di Cura, pubblico o privato, in qualità di paziente, per un periodo da 24 ore consecutive e/o la degenza che abbia comportato almeno un pernottamento.

LEPIDA S.p.A.

- Indennizzo:** la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro
- Beneficiario:** in caso di morte, saranno gli eredi legittimi o testamentari. In caso d'Invalidità Permanente saranno gli assicurati stessi.
- Retribuzioni:** tutto quanto, al lordo delle ritenute, il dipendente effettivamente riceve a compenso delle sue prestazioni, comprese le indennità fisse, i premi, le gratificazioni, i compensi speciali di qualsiasi natura (escluso quanto corrisposto a titolo di rimborso spese) quando pure abbiano carattere transitorio o di contingenza

LEPIDA S.p.A.

CATEGORIE, SOMME, RISCHI ASSICURATI e CALCOLO del PREMIO

Somme assicurate

La Società sulla base delle condizioni di assicurazione che seguono, presta l'assicurazione, fino alla concorrenza delle seguenti somme - o dei minori limiti di risarcimento altrove previsti in questa polizza o successive appendici - al netto delle franchigie previste:

1) CATEGORIA “PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE”

1a) Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione è prestata per gli infortuni subiti dal Presidente del Consiglio di amministrazione.

La garanzia è prestata per gli infortuni occorsi 24 ore su 24.

Somme assicurate per “Presidente del Consiglio di Amministrazione”

Morte	Euro 300.000,00
Invalidità Permanente	Euro 300.000,00
Diaria da ricovero da infortunio e gesso	Euro 100,00 al giorno per un periodo massimo di 365 giorni
Rimborsi spese sanitarie	Euro 20.000,00 per anno assicurativo

Franchigia su Invalidità Permanente

Sulla parte di somma assicurata fino ad € 180.000,00 l'indennità per la invalidità permanente sarà liquidata senza applicazione di franchigia.

Sulla parte di somma assicurata eccedente € 180.000,00 e fino ad € 258.000,00 per invalidità permanente parziale pari o inferiore al 5% della totale non si farà luogo ad alcun tipo di indennizzo, se invece l'invalidità permanente parziale risulterà superiore al 5%, l'indennità sarà liquidata solo per la percentuale eccedente il 5%.

Sulla parte di somma assicurata eccedente € 258.000,00 per invalidità permanente parziale pari o inferiore al 10% della totale non si farà luogo ad alcun tipo di indennizzo, se invece l'invalidità permanente parziale risulterà superiore al 10%, l'indennità sarà liquidata solo per la percentuale eccedente il 10%.

Nel caso in cui la percentuale di invalidità permanente parziale risulti pari o superiore al 50% della totale, la Società liquiderà l'indennizzo dovuto senza applicazione della franchigia.

Franchigia su Diaria di ricovero – Indennità per ingessatura

L'indennità giornaliera sarà corrisposta previa applicazione di una franchigia assoluta di 5 giorni.

2) CATEGORIA “COMPONENTI IL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE (escluso il Presidente) compreso il Procuratore Speciale”

2a) Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione è prestata per gli infortuni verificatisi a causa e/o in occasione dello svolgimento di qualsiasi incarico per conto della Contraente, compresi i rischi da circolazione stradale e il “rischio in itinere”, per la partecipazione a riunioni, sopralluoghi, missioni e comunque nello svolgimento di ogni incarico inerente il mandato ricoperto.

Sono quindi esclusi dalla garanzia gli infortuni verificatisi nell'espletamento dell'attività professionale privata di ciascun assicurato, e quelli relativi a qualsiasi attività extraprofessionale.

Somme assicurate procapite per “Componenti Consiglio di Amministrazione (escluso il Presidente) compreso il Procuratore Speciale”

Morte	Euro 200.000,00
Invalità Permanente	Euro 200.000,00

Franchigia su Invalità Permanente: la Società liquiderà l'indennizzo dovuto senza applicazione della franchigia.

3) CATEGORIA “DIRIGENTI”

3a) Oggetto dell’assicurazione

L’assicurazione è prestata per tutto il personale dipendente della Contraente appartenente alla categoria Dirigenti per gli infortuni (incluse malattie professionali) che gli assicurati subiscano nello svolgimento di ogni attività, sia professionale che extraprofessionale, 24 ore su 24 :

Somme assicurate pro capite per “dirigenti”

Morte	5 volte la retribuzione annua lorda col massimo assicurato di euro 700.000,00
Invalità Permanente	6 volte la retribuzione annua lorda col massimo assicurato di euro 840.000,00
Diaria da ricovero da infortunio e gesso	Euro 100,00 al giorno per un periodo massimo di 120 giorni
Rimborsi spese sanitarie	Euro 20.000,00 per anno assicurativo

Franchigia su Invalità Permanente: la Società liquiderà l’indennizzo dovuto senza applicazione della franchigia.

Franchigia su Diaria di ricovero – Indennità per ingessatura

L’indennità giornaliera sarà corrisposta previa applicazione di una franchigia assoluta di 5 giorni

Nota per la categoria “Dirigenti”: la Società precisa che il premio corrisposto per la categoria “Dirigenti” si riferisce per l’60% al rischio “professionale” e per il restante 40% al rischio extra-professionale.

LEPIDA S.p.A.

RISCHI ASSICURATI e CONDIZIONI PARTICOLARI (CP)

(che integrano e/o prevalgono – se per l'Assicurato più favorevoli – sulle Condizioni Generali di Assicurazione e sulle Norme che regolano il settore specifico)

CP. 1 Indennità giornaliera per ricovero conseguente a infortunio – Indennità da gessatura

La Società assicura in caso di ricovero in Istituti di Cura, legalmente riconosciuti, a seguito di un infortunio risarcibile a termini di polizza, il pagamento dell'indennità assicurata per ogni giorno di degenza per un periodo massimo di 120 (centoventi) giorni e per ogni anno assicurativo.

Dalla garanzia sono esclusi i ricoveri determinati:

- a) da intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici o dall'uso di psicofarmaci, di stupefacenti o di allucinogeni;
- b) da cure e da interventi per la eliminazione di difetti fisici, per applicazione di carattere estetico (salvo che siano rese indispensabili a seguito di infortunio), per le cure e protesi dentarie. Sono altresì esclusi i ricoveri in stabilimenti termali, case di soggiorno e di convalescenza.

La denuncia per l'efficacia dell'assicurazione di cui al presente allegato, deve essere fatta nel termine e con le modalità previste dalla polizza per il caso di infortunio, in caso di ritardata denuncia non verrà pagata alcuna indennità per i giorni di degenza anteriori al giorno della denuncia stessa.

La liquidazione dell'indennizzo viene effettuata a degenza ultimata su presentazione dei documenti giustificativi che riportino l'esatto periodo di degenza con la data di entrata e di uscita dall'Istituto di Cura. La Società potrà inoltre richiedere all'Assicurato di sottoporsi ad accertamenti e controlli medici, di fornire informazioni e di produrre, ove occorra, copia della cartella clinica completa redatta nel luogo di cura.

La domanda di liquidazione, corredata dei documenti giustificativi di cui sopra, deve essere presentata alla Società a pena di decadenza entro il trentesimo giorno successivo a quello in cui è terminata la degenza.

Ai fini della presente garanzia inoltre, la Società corrisponde la diaria garantita anche nel caso in cui a seguito di infortunio indennizzabile venga applicato apparecchio gessato, o un tutore immobilizzante equivalente.

La Società liquida la diaria giornaliera, a partire dal quinto giorno, fino alla sua rimozione e, comunque, per un periodo massimo di 50 giorni.

Per "Gessatura" si intende un mezzo di contenzione rigido costituito da fasce gessate od altro apparecchio di contenimento immobilizzante, comunque esterno, sempreché applicato e/o rimosso presso strutture ospedaliere.

Detta indennità non è cumulabile in alcun modo con quanto eventualmente corrisposto con DIARIA DA RICOVERO e INABILITÀ TEMPORANEA.

CP. 2 Rimborso spese mediche da infortunio

In caso di infortunio risarcibile a termini di polizza, la Società rimborsa agli Assicurati il costo delle cure mediche sostenute fino ad un massimo Euro 20.000,00 per persona assicurata.

Per cure mediche, a titolo esemplificativo e non limitativo, si intendono:

- Spese ospedaliere o cliniche;
- Onorari a medici e a chirurghi;
- Accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio;
- Spese per il trasporto su ambulanze e/o mezzi speciali di soccorso all'istituto di cura o all'ambulatorio;
- Spese fisioterapiche in genere e spese farmaceutiche;

LEPIDA S.p.A.

- Spese per la prima protesi, escluse comunque le protesi dentarie.
Rimangono espressamente escluse le spese sostenute per operazioni di plastica, salvo quelle rese necessarie per eliminare o contenere il grado di invalidità permanente.

CP. 3 Spese mediche da infortunio avvenuto all'estero

In aggiunta a quanto previsto dalle Condizioni Generali e Particolari di Assicurazione, la Società rimborsa agli Assicurati, in caso di infortunio avvenuto all'Estero, il costo delle cure mediche sostenute fino a €. 5.000,00 per ogni evento con l'applicazione di una franchigia fissa di € 50,00 importo che rimane quindi a carico dell'Assicurato.

Per cure mediche si intendono:

- spese ospedaliere o cliniche;
- onorari a medici e a chirurghi;
- accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio;
- spese per il trasporto su ambulanze e/o mezzi speciali di soccorso all'istituto di cura o all'ambulatorio;
- spese fisioterapiche in genere, spese farmaceutiche;
- spese per la prima protesi, escluse comunque le protesi dentarie.

Rimangono espressamente escluse le spese sostenute per operazioni di plastica, salvo quelle rese necessarie per eliminare o contenere il grado di Invalidità Permanente.

Qualora gli assicurati fruiscano di altre analoghe prestazioni assicurative (sociali o private), la garanzia vale per l'eventuale eccedenza di spese da questa non rimborsate.

CP. 4 Malattie tropicali

La garanzia si intende estesa alle malattie tropicali previste dalle disposizioni di Legge in materia.

La garanzia è subordinata alla circostanza che gli Assicurati si trovino in perfette condizioni di salute e che siano stati preventivamente sottoposti alle prescritte pratiche di profilassi.

La garanzia è prestata fino a concorrenza delle somme stabilite per le garanzie infortuni.

La somma assicurata per Invalidità Permanente è soggetta ad una franchigia relativa del 20% e pertanto non si farà luogo all'indennizzo per Invalidità Permanente quando questa sia di grado non superiore al 20% della totale.

Se invece l'Invalidità Permanente supera il 20% della totale verrà corrisposto l'intero indennizzo in rapporto al grado d'Invalidità Permanente residuo.

CP. 5 Recovery hope

La Società riconosce a favore e all'atto in cui sarà effettuata la scelta da parte del Beneficiario, il pagamento di un indennizzo, alternativo e sostitutivo di quelli previsti in polizza, secondo il massimale e le modalità qui di seguito definite:

1. L'ammontare dell'indennizzo per Recovery Hope é pari alla indennità assicurata per il caso di morte stabilita in polizza.

La Società verserà al Beneficiario (che sarà rappresentato come meglio definito in seguito) l'indennizzo per Recovery Hope al verificarsi delle condizioni in seguito definite con questa clausola.

2. Potrà essere esercitata la richiesta di pagamento di indennizzo per Recovery Hope (I) se il Beneficiario sarà rimasto in coma per un periodo continuativo e ininterrotto di 180 giorni, (II) se sarà stata data comunicazione alla Società, per iscritto e secondo le stesse modalità per la denuncia, sia dell'inizio dello stato di coma, sia dell'avvenuto superamento del periodo di 180 giorni continuativi e ininterrotti; in entrambi i casi tale comunicazione dovrà essere fatta alla Società, a pena di decadenza, entro dieci giorni, rispettivamente dalla data di inizio del coma e dalla data di superamento di 180 giorni di coma, e (III) se sarà stata fornita alla Società la documentazione richiesta da questa ai sensi dell'Art.18) di polizza, su tale stato.
3. La domanda di pagamento dell'indennizzo Recovery Hope deve essere presentata dal curatore o tutore provvisorio o definitivo nominato corredata dal provvedimento dell'Autorità Giudiziaria competente in copia autentica, sia della nomina del curatore o tutore, sia del

LEPIDA S.p.A.

provvedimento che dovrà autorizzare il pagamento dell'indennizzo Recovery Hope con le modalità e gli effetti previsti in questa clausola, ivi compresi quelli qui di seguito specificati.

4. A partire dalla data di pagamento dell'indennizzo Recovery Hope, la copertura assicurativa a favore del Beneficiario di cui alla polizza cesserà e quindi la Società null'altro sarà tenuta a corrispondere a detto Beneficiario né per morte né per invalidità permanente, salvo al verificarsi delle condizioni indicate nel paragrafo che segue.
5. Nella ipotesi in cui entro 730 giorni dalla data di pagamento dell'indennizzo Recovery Hope il Beneficiario esca totalmente dal coma la Società, a richiesta del Beneficiario, direttamente o, a richiesta del tutore o curatore (purché debitamente autorizzati - tutore o curatore – con provvedimento dell'Autorità Giudiziaria, competente) effettuerà il pagamento di un indennizzo integrativo pari al 10% (dieci per cento) dell'importo già corrisposto, sino ad un massimo di € 50.000,00 (cinquantamila). Tale pagamento sarà effettuato dopo che la ripresa dal coma abbia proseguito in modo continuativo ed ininterrotto per almeno 30 (trenta) giorni e a condizione che alla Società sia stata fornita la documentazione richiesta ai sensi dell'Art 18) di polizza su tale stato.

CP. 6 Assicurazione per conto altrui

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

CP. 7 Copertura per nuove società del gruppo

Sono equiparate all'Assicurato, a tutti gli effetti di polizza, anche le società controllate da o collegate all'Assicurato, svolgenti attività rientranti in quanto sopradescritto, ovvero connesse, strumentali o accessorie a tali attività, con decorrenza dal momento in cui l'Assicurato ne abbia la maggioranza o la quota di controllo o la responsabilità della gestione.

Nel caso di polizza prestata per categorie di rischio (es.: amministratori, dirigenti, impiegati, km per servizio ecc.), salvo diversa comunicazione della Contraente la copertura per le società aggiuntasi come sopra si intenderà prestata per le stesse categorie e relative somme/massimali già garantite per le altre società del gruppo.

Resta inteso che in sede di regolazione del premio l'Assicurato denuncerà anche i dati afferenti dette società e la relativa data di acquisizione del controllo come sopra (se avvenuta nel corso dell'annualità assicurativa), ai fini della regolazione "pro-rata" del premio per l'annualità trascorsa e dell'integrazione del premio anticipato per la nuova annualità.

CP. 8 Durata del contratto e proroga dell'assicurazione

Si conviene che la durata del presente contratto è quella indicata nel frontespizio di polizza.

Il contratto cesserà irrevocabilmente e senza obbligo di disdetta alla scadenza di detto periodo.

Si conviene che il Contraente ha la facoltà di disdire il contratto anche ad ogni scadenza annuale, con lettera raccomandata da inviarsi con almeno tre mesi di anticipo.

Il Contraente inoltre, si riserva la facoltà di chiedere la proroga del contratto di 90 (novanta) giorni dopo la scadenza, se ciò risultasse necessario per concludere la procedura di gara per l'aggiudicazione di un nuovo contratto.

Tale proroga dovrà essere chiesta con un preavviso di almeno 30 (trenta) giorni, da darsi alla Società mediante lettera raccomandata o altro valido mezzo previsto dalla presente polizza e la Società si riserva il diritto di accettare o rifiutare la proroga medesima.

CP. 9 Validità delle norme dattiloscritte

Si intendono operanti solo le norme dattiloscritte.

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

LEPIDA S.p.A.

CP. 10 Coassicurazione e Delega (valida solo in caso di polizza in coassicurazione)

La presente polizza è ripartita in quote tra le Società Coassicuratrici di seguito indicate.

Ciascuna di esse è tenuta alla prestazione in proporzione alla rispettiva quota, quale risulta dal contratto, esclusa ogni responsabilità solidale.

L'Assicurato dichiara di avere affidato la gestione del presente contratto alla Lenzi Paolo Broker di Assicurazioni Srl.

Le Imprese Coassicuratrici hanno convenuto di affidarne la delega alla Spett.le SpA, d'ora innanzi indicata come "Delegataria" e saranno pertanto tenute a riconoscere come validi ed efficaci nei propri confronti tutte le comunicazioni, gli atti di gestione nonché ogni modifica del contratto compiuti dalla Delegataria per conto comune, fatta soltanto eccezione per l'incasso dei premi di polizza il cui pagamento verrà effettuato dall'Assicurato anche per il tramite della Lenzi Paolo Broker di Assicurazioni Srl direttamente nei confronti di ciascuna Coassicuratrice.

Pertanto le comunicazioni inerenti la polizza (ivi comprese quelle relative al recesso e alla disdetta) devono trasmettersi dall'una all'altra Parte solo per il tramite della Delegataria, la cui firma in calce ad eventuali futuri atti impegnerà anche le coassicuratrici, che in forza della presente condizione ne conferiscono mandato.

Nel caso in cui il contratto di assicurazione sia aggiudicato ad associazione temporanea di imprese, si deroga totalmente al disposto dell'art.1911 del codice civile, essendo tutte le imprese associate responsabili in solido.

La delega assicurativa è assunta dall'impresa di assicurazione indicata dal raggruppamento di imprese quale mandataria.

Non è consentita l'associazione anche in partecipazione od il raggruppamento temporaneo di imprese concomitante o successivo all'aggiudicazione della gara.

CP. 11 Tracciabilità dei flussi finanziari

La Società e, ove presente, l'intermediario assumono tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'articolo 3 della legge 13 agosto 2010, n. 136 e successive modifiche e integrazioni.

La Società si impegna a comunicare all'Ente Contraente gli estremi identificativi dei conti correnti bancari o postali dedicati, anche se in via non esclusiva, alle movimentazioni finanziarie relative al presente contratto, unitamente alle generalità e al codice fiscale dei soggetti abilitati ad operare su tali conti correnti.

Tutte le movimentazioni finanziarie di cui al presente contratto dovranno avvenire – salve le deroghe previste dalla normativa sopra citata - tramite bonifico bancario o postale (Poste Italiane SpA) e riportare, relativamente a ciascuna transazione, il Codice Identificativo di Gara (CIG) o, qualora previsto, il Codice Unico di Progetto (CUP) comunicati dalla Stazione appaltante.

Il mancato assolvimento degli obblighi previsti dall'art. 3 della citata Legge n. 136/2010 costituisce causa di risoluzione del contratto, ai sensi dell'art. 1456 cc e dell'art. 3, c. 8 della Legge.

CP. 12 Termini pagamento del premio

Il termine di 30 giorni per il pagamento del premio di cui art. 3, si intende applicabile anche per la rata di premio all'inizio della presente polizza.

CP. 13 Clausola Broker

Il Contraente dichiara di aver affidato la gestione del presente contratto alla Spett.Le Lenzi Paolo Broker di Assicurazioni Srl, di conseguenza tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti per conto del Contraente tramite la Società Lenzi Paolo Broker di Assicurazioni Srl.

LEPIDA S.p.A.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE (CGA)

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 Altre assicurazioni

Il Contraente è esonerato dal comunicare alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio a favore delle stesse persone assicurate. Permane l'obbligo da parte del Contraente di comunicare eventuali altre assicurazioni stipulate per la stessa tipologia di rischio con la Società.

In caso di sinistro, deve essere dato avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art.1910 C.C.

Art.3 Pagamento del premio – Decorrenza della garanzia

Ai sensi dell'art.1901 C.C. l'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nel certificato se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le scadenze successive e il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti.

I premi devono essere pagati al Broker al quale è assegnata la polizza oppure alla Società.

In mancanza di disdetta inviata a mezzo raccomandata e spedita almeno un mese prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per un anno e così successivamente.

Art.4 Modifiche dell'assicurazione

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

Art.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 del Contraente, ai sensi dell'art.1897 C.C. e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art.6 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 dell'assicurazione.

Art.7 Denuncia di sinistro.

In caso di sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono darne avviso scritto al Broker al quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro 30 giorni da quando ne hanno avuto conoscenza o la possibilità ai sensi dell'art.1913 C.C.

Art.8 Recesso in caso di sinistro.

Dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società e il Contraente possono recedere dall'assicurazione, o, nel caso che siano assicurate più persone,

LEPIDA S.p.A.

possono far cessare l'assicurazione relativa alla sola persona infortunata, con preavviso di 60 giorni.

In tal caso al Contraente spetta il rimborso della parte di premio relativa al periodo di rischio non corso.

Viceversa ,in caso di recesso da parte del Contraente, la parte di premio restituibile, conteggiata come sopra detto, sarà ridotta della metà.

Art.9 Oneri fiscali.

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

Art.10 Foro competente

Per ogni controversia è competente, a scelta della parte attrice, il Foro del luogo dove ha sede l'Assicurato o presso il quale è stato concluso il contratto. Le Parti rinunciano espressamente a valersi del disposto degli Artt. 282 e 648 del Codice di Procedura Civile.

Art.11 Rinvio alle norme di legge

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

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Art.12 Oggetto dell'Assicurazione

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, un'invalidità permanente oppure un'inabilità temporanea.

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca durante il periodo di validità del Certificato nell'espletamento delle attività professionali (di cui la principale è dichiarata nel certificato), oppure nello svolgimento di ogni altra attività che non abbia carattere professionale. Il c.d. rischio in itinere si intende compreso nelle attività professionali.

Art.13 Estensioni di garanzia

Sono considerati infortuni:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti da ingestione di cibo e/o da assorbimento di sostanze;
- l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento, i colpi di sole e di calore, le influenze termiche ed atmosferiche;
- il contatto accidentale con corrosivi ;
- le punture di insetti (con esclusione di malaria) e morsi di animali ;
- le lesioni (esclusi gli infarti) determinati da sforzo;

sono inoltre compresi:

- gli infortuni subiti in stato di malore o incoscienza;
- gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- gli infortuni causati da movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni, frane, valanghe e slavine;
- gli infortuni subiti in stato di ubriachezza, ma non alla guida di veicoli e natanti a motore;
- infortuni derivanti da atti di terrorismo ai quali l'Assicurato non abbia partecipato attivamente;
- a parziale deroga di quanto disposto dalla lettera g) dell'Art. 14 – Esclusioni – gli infortuni derivanti da guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale, per un periodo massimo di 15 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dagli eventi citati mentre si trova in un Paese straniero dove nessuno degli eventi esisteva o era in atto al momento del suo arrivo in tale Paese. Sono comunque esclusi dalla garanzia gli infortuni derivanti dalla predetta causa che colpiscono

LEPIDA S.p.A.

l'assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, di Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino

Art.14 Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti:

- a) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- b) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, compreso il suicidio o tentato suicidio;
- c) dalla pratica di paracadutismo, parapendio e di altri sport aerei; dalla pratica dell'alpinismo con scalata di rocce, pareti o ghiacciai, e dalla speleologia; dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, immersione con autorespiratore;
- d) dalla partecipazione a competizioni (e relative prove) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, salvo che si tratti di regolarità pura; dalla partecipazione a competizioni (e relative prove) ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che si tratti di regolarità pura;
- e) dalla guida e uso di mezzi di locomozione aerei e subacquei, salvo quanto previsto per il rischio volo;
- f) da ubriachezza durante la guida di veicoli e natanti a motore, da abuso di psicofarmaci o da uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni.
- g) da guerra e guerra civile, invasione, insurrezione, rivoluzione, uso della forza militare ovvero rovesciamento di qualsiasi autorità statale o militare;
- h) da trasmutazione del nucleo dell'atomo come pure da radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti. Sono comunque esclusi dall'assicurazione, indipendentemente da ogni causa che possa avervi contribuito, i danni direttamente o indirettamente originati da qualsiasi esposizione o contaminazione nucleare;
- i) direttamente o indirettamente da qualsiasi esposizione o contaminazione chimica o biologica, indipendentemente da ogni causa che possa avervi contribuito;
- j) durante l'arruolamento volontario, il richiamo alle armi per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;

Sono infine esclusi gli infarti, le ernie non traumatiche e le conseguenze di operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio.

Si conferma che sono in ogni caso escluse le malattie non conseguenti ad infortunio.

A precisazione dei punti g), h), i) e di quanto disposto nel testo di polizza si conviene il significato dei seguenti termini come segue:

GUERRA: si intende guerra, dichiarata o meno, ovvero ogni attività di guerra, incluso l'uso della forza militare da parte di uno stato sovrano per raggiungere fini economici, geografici, nazionalistici, politici, razziali, religiosi o qualsiasi altro scopo. – **TERRORISMO:** si intende l'uso effettivo o minacciato di forza o violenza nei confronti di cose o persone, ovvero un atto che metta in pericolo la vita umana o la proprietà o che comprometta o interferisca con il funzionamento di un sistema elettronico o di comunicazione, ad opera di qualsiasi persona o gruppo che agisca o meno per conto di o in connessione con qualsiasi organizzazione, governo, potere, autorità o forza militare, laddove l'effetto sia intimidire, coartare o danneggiare un governo, la popolazione civile o una parte di essa, ovvero destabilizzare qualsiasi settore dell'economia. Per Terrorismo si intende inoltre qualsiasi atto che sia accertato o riconosciuto come atto terroristico dal governo del paese in cui tale atto si verifica, ovvero dal paese di residenza dell'assicurato. – **CONTAMINAZIONE:** si intende la contaminazione o l'avvelenamento di persone con sostanze nucleari e/o chimiche e/o biologiche che causino malattia, morte e/o invalidità permanente. – **SOSTANZE NUCLEARI:** si intendono elementi, particelle, atomi o materiali derivanti da emissione, scarica, dispersione, liberazione o fuga di

LEPIDA S.p.A.

materiale radioattivo che emetta un livello di radiazioni tramite ionizzazione, fissione, fusione, scissione o stabilizzazione di detti elementi, particelle, atomi o materiali..

- **SOSTANZE BIOLOGICHE:** si intende qualsiasi microrganismo patogeno (causante malattia) e/o tossina prodotta biologicamente (inclusi organismi geneticamente modificati e tossine sintetizzate chimicamente) che sia in grado di causare l'invalidità o la morte di persone o animali. – **SOSTANZE CHIMICHE:** si intende qualsiasi composto chimico solido, liquido o gassoso che, se opportunamente diffuso, sia in grado di causare l'invalidità o la morte di persone o animali.

Art.15 Limiti di età

Non sono assicurabili le persone che nel corso di validità del contratto superino il 75° anno di età, mentre per quelle già assicurate l'Assicurazione cessa automaticamente alla scadenza annuale immediatamente successiva al compimento del 75° anno.

Art.16 Persone non assicurabili

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

L'assicurazione cessa al manifestarsi di tali affezioni restando precisato che sono comunque escluse le conseguenze della prima manifestazione.

Art.17 Validità territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero. La valutazione della invalidità permanente e la corresponsione dell'indennizzo verranno tuttavia effettuate in Italia ed in valuta locale.

Art.18 Denuncia dell'infortunio e obblighi relativi (vedi anche Art.7)

La denuncia dell'infortunio indicherà luogo, giorno, ora e causa dell'evento.

Il decorso delle lesioni dovrà essere documentato da 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, o in caso di morte il beneficiario, deve consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso.

Art.19 Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio può 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 casi di preesistente mutilazione o difetto fisico, l'indennizzo per invalidità permanente è liquidato per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti, fermo quanto disposto dall'Art.21.

Art.20 Morte

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

Tale indennizzo viene liquidato ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi legittimi o testamentari dell'Assicurato.

L'indennizzo per il caso 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

LEPIDA S.p.A.

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.21 Invalidità Permanente

L'indennizzo per il caso di invalidità permanente è dovuto se l'invalidità stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza del certificato - 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 valutazione stabilite dalla tabella di cui all'allegato N° 1 al DPR N° 1124 del 30/06/65, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge stessa, ma con l'applicazione delle franchigie eventualmente previste dal presente contratto e con l'intesa che l'indennizzo verrà effettuato in capitale e non sotto forma di rendita.

La perdita totale e irrimediabile dell'uso funzionale di un arto o di un organo viene considerata come perdita anatomica dello stesso.

Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più arti o organi è prevista l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna lesione, con il massimo del 100% della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente Totale.

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

Per gli Assicurati mancini le percentuali di invalidità previste dalla citata tabella per l'arto superiore destro valgono per l'arto superiore sinistro e viceversa.

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

Art.22 Controversie su natura e conseguenza delle lesioni

In caso di controversia sulla natura o le conseguenze delle lesioni o sul grado di invalidità permanente le Parti si obbligano a conferire mandato ad un Collegio di tre medici. Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti con dispensa da ogni formalità di legge senza contravvenire alla legge stessa. La proposta di convocare il Collegio medico deve partire dall'Assicurato o dagli aventi diritto, entro trenta giorni da quello in cui è stata comunicata la decisione della Società e deve essere fatta per iscritto con l'indicazione del nome del medico designato, dopodiché la Società comunicherà all'Assicurato entro trenta giorni il nome del medico che essa a sua volta avrà designato. Il terzo medico viene scelto dalle Parti entro una terna di medici proposta dai primi due; in caso di disaccordo lo designa il Segretario dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio medico. Nominato il terzo medico, la Società convocherà il Collegio invitando l'Assicurato o gli aventi diritto a presentarsi. Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di medicina legale, più vicino alla residenza dell'assicurato.

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

Le decisioni del Collegio medico è obbligatoria per le parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale.

Art.23 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.24 Esonero denuncia infermità e difetti fisici

Si dà atto che il Cliente è esonerato dal denunciare difetti fisici, infermità o mutilazioni da cui gli assicurati fossero affetti al momento della stipulazione del contratto o che dovessero in seguito sopravvenire. In caso di infortunio, l'indennità per invalidità permanente verrà liquidata per le sole conseguenze dirette causate dall'infortunio, conformemente a quanto previsto dalle Condizioni Generali di Assicurazione.

LEPIDA S.p.A.

A maggior precisazione si dà atto che sono assicurati contro gli infortuni anche le persone affette da diabete e da infermità gravi e permanenti, fermo restando che sono escluse dall'assicurazione le rispettive conseguenze.

CONDIZIONI PARTICOLARI (Sempre Operanti)

- A. **Rischio volo** - L'assicurazione vale anche per gli infortuni che l'Assicurato subisca mentre effettua, in qualità di passeggero (non come pilota o membro dell'equipaggio) viaggi aerei su aeromobili in servizio pubblico di linee regolari, inclusi i voli charter effettuati con velivoli presi a noleggio da società che esercitano in servizio pubblico linee aeree regolari. Tale estensione non è valida per monomotori e velivoli di aeroclub. Sono inoltre esclusi gli aerei di proprietà dell'Assicurato e/o Contraente. Sono comunque esclusi i viaggi sugli elicotteri salvo quando l'Assicurato, in caso di emergenza, viene trasportato su elicotteri di soccorso.
- B. **Ernie e lesioni muscolari determinate da sforzi** - Fermi i criteri di indennizzabilità di cui all'art.19 delle Condizioni Generali di Assicurazione, l'assicurazione è estesa limitatamente al caso di invalidità permanente, alle ernie traumatiche ed alle lesioni muscolari determinate da sforzi, con l'intesa che:
- qualora l'ernia non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposta solamente un'indennità non superiore al 10%, senza alcuna deduzione, della somma assicurata per il caso di invalidità permanente totale;
 - qualora l'ernia risulti operabile verrà corrisposta solamente l'indennità assicurata per il caso di inabilità temporanea, ove prevista, fino a un massimo di 150 giorni;
 - qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio medico di cui all'art.23 delle Condizioni Generali di Assicurazione.
- C. **Esposizione agli elementi** - La Società a seguito di evento indennizzabile ai termini del presente contratto corrisponderà le somme rispettivamente assicurate per il caso di morte e di invalidità permanente anche in quei casi in cui gli eventi di cui sopra non siano la causa diretta dell'infortunio, ma in conseguenza della zona, del clima o di altre situazioni concomitanti l'Assicurato si trovi in condizioni tali da subire la morte o lesioni organiche permanenti.
- D. **Scomparsa dell'Assicurato** – Se il corpo dell'Assicurato non viene trovato entro un anno dopo la scomparsa, l'arenamento, l'affondamento od il naufragio del mezzo di trasporto aereo, lacuale, fluviale o marittimo non escluso dalle condizioni di polizza, verrà riconosciuto il risarcimento previsto per il caso di morte considerando l'evento di cui sopra come infortunio. Nel caso sia stato effettuato il pagamento delle indennità ed in seguito l'Assicurato ritorni o di lui si abbiano notizie sicure, la Società ha diritto alla restituzione delle intere somme pagate e relative spese, e l'Assicurato stesso potrà far valere i diritti che eventualmente gli sarebbero spettati nel caso avesse subito lesioni indennizzabili a norma della presente polizza.
- E. **Concentrazione** – Nel caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più persone assicurate con la presente polizza, l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà essere superiore a € 5.000.000. Se gli indennizzi complessivamente dovuti eccedessero tale importo la Società procederà alla loro riduzione proporzionale. La riduzione che precede verrà effettuata proporzionalmente alla somma assicurata per ogni persona.
- F. **Franchigie per invalidità permanente**
Vedasi nelle singole sezioni "Categorie, somme, rischi assicurati e calcolo premio"

LEPIDA S.p.A.

G. Danni estetici – Si conviene che in caso di infortunio non escluso dalle condizioni di polizza, con conseguenze di carattere estetico, che tuttavia non comporti risarcimento a titolo di Invalidità Permanente, la Società rimborserà sino ad un massimo di € 1.500 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, in aggiunta a quanto eventualmente liquidabile con la garanzia "Rimborso spese mediche da infortunio".

CONDIZIONI SPECIALI

Art. 1 Limitazione dell'Assicurazione agli infortuni extra professionali

L'assicurazione vale esclusivamente per le attività che l'Assicurato svolga senza carattere professionale.

Art. 2 Limitazione dell'Assicurazione agli infortuni professionali

L'assicurazione vale esclusivamente per le attività che l'Assicurato svolga con carattere di professionalità.

Art. 3 Assicurazione Cumulativa

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

Art. 4 Assicurazione in base all'ammontare delle retribuzioni

4.1 Assicurati

L'Assicurazione prestata con la suindicata polizza vale per il personale alle dipendenze del Contraente appartenente alle seguenti categorie:
(vedasi scheda di polizza)

4.2 Somme assicurate

L'assicurazione è prestata per ciascuna persona sulla base di quanto riportato per le "Categorie" sulla scheda di polizza.

4.3 Retribuzione

Agli effetti assicurativi per retribuzione s'intende tutto quanto, al lordo delle ritenute, il dipendente effettivamente riceve a compenso delle sue prestazioni, comprese le indennità fisse, i premi, le gratificazioni, i compensi speciali di qualsiasi natura, quanti pure abbiano carattere transitorio o di contingenza, le partecipazioni agli utili e le provvigioni.

4.4 Determinazione delle indennità

Qualora la somma assicurata sia calcolata sulle retribuzioni, per la liquidazione delle indennità è considerata retribuzione annua dell'infortunato quella percepita per titoli di cui sopra nel mese precedente a quello in cui si è verificato l'infortunio, moltiplicata per il numero delle mensilità previste dal Contratto Nazionale di Lavoro di Categoria; a tale ammontare si aggiungeranno le somme relative a retribuzioni non pagabili ricorrentemente in ciascun mese e corrisposte effettivamente all'infortunato nell'anno precedente, purché su tali somme sia conteggiato o sia conteggiabile il premio di assicurazione.

Per gli infortunati che non abbiano raggiunto l'anno di servizio è considerata retribuzione annua quella che si ottiene moltiplicando per 365 la retribuzione media giornaliera attribuibile all'infortunato per il periodo di tempo decorrente dall'assunzione in servizio fino al giorno dell'infortunio, considerando agli effetti della media anche i giorni non lavorativi.

4.5 Esonero denuncia generalità degli Assicurati

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per la identificazione di tali persone, per la determinazione delle

LEPIDA S.p.A.

somme assicurate e per il computo del premio si farà riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione del Contraente, libri che questi si impegna di 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.

4.6 Calcolo del premio

Il tasso di premio indicato nel certificato viene pattuito sulla base degli elementi variabili di cui alla scheda di polizza.

Entro novanta giorni dalla fine di ogni anno di assicurazione, o del minor periodo di durata del contratto, il Contraente è tenuto a comunicare alla Società il consuntivo di tali elementi variabili, affinché la Società stessa possa procedere alla regolazione del premio definitivo.

Le differenze attive e passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate entro trenta giorni dalla relativa comunicazione.

La mancata comunicazione dei dati occorrenti per la regolazione costituisce presunzione di una differenza attiva a favore della Società.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzi detti o il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società può fissare un ulteriore termine non inferiore a 15 giorni trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerata in conto o a garanzia di quello relativo all'annualità assicurativa per la quale non ha avuto la regolazione o il pagamento della differenza attiva, e l'assicurazione 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.

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

4.7 Premio minimo

La somma dovuta alla Società a titolo di premio minimo per ciascuno anno o periodo minore per il quale il presente certificato avrà vigore, in nessun caso potrà essere inferiore a quello indicato nel frontespizio del certificato.

4.8 Premio anticipato

Qualora all'atto della regolazione annuale, il premio consuntivo risultasse superiore di oltre il doppio rispetto a quello anticipato, si farà luogo al proporzionale aumento di quest'ultimo, a partire dalla successiva scadenza annuale, commisurando il premio anticipato in misura non inferiore al 75% dell'ultimo consuntivo.

4.9 Rinvio alle norme comuni

Per quanto non è disciplinato dal presente allegato, che forma parte integrante della polizza sopra indicata, valgono, in quanto compatibili, le disposizioni tutte del presente contratto.

Art.5 Dirigenti e Quadri

5.1 La presente assicurazione, qualora sia previsto dai contratti collettivi nazionali del lavoro o dalla legge italiana, è prestata nei confronti dei dirigenti e dei quadri (con CCNL parificato ai dirigenti) alle regolari dipendenze del Contraente e cessa automaticamente all'atto della cessazione del rapporto di lavoro;

5.2 le percentuali di invalidità permanente vengono calcolate in base alla tabella di cui all'allegato N°1 al D.P.R. N° 1124 del 30/06/65 , con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge. Nel caso in cui l'Invalidità Permanente sia di grado superiore al 66%, l'indennità per Invalidità Permanente verrà liquidata al 100% sul capitale assicurato in polizza per Invalidità Permanente, fermo restando in ogni caso il disposto dell'Art. 21 – Invalidità Permanente;

LEPIDA S.p.A.

- 5.3 l'assicurazione, qualora sia previsto dai contratti collettivi nazionali del lavoro o dalla legge italiana, limitatamente ai casi di morte e invalidità permanente viene estesa alle malattie professionali intendendosi come tali quelle attualmente riconosciute dalla legge infortuni sul lavoro che si manifestino nel corso della validità del presente contratto e che riducano l'attitudine generica al lavoro in misura superiore al 10% della totale; quando la silicosi e l'asbestosi siano associate a tubercolosi polmonare in fase attiva, anche se iniziale, e sempreché il quadro morboso complessivo sia tale da determinare l'abbandono del lavoro, la franchigia predetta si intende abolita. Resta confermata, come stabilito dalle norme che regolano l'assicurazione, l'esclusione delle conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche.
- 5.4 A parziale rettifica di quanto previsto nell'art. 14 Esclusioni, ed esclusivamente per la categoria Dirigenti, sono incluse le attività sportive che non abbiano carattere professionistico; rimangono comunque esclusi gli sport aerei.

LEPIDA S.p.A.

POLIZZA INFORTUNI

SINISTRI - PERIODO ULTIMI 4 ANNI (2010 - 2011- 2012 - 2013)

Totale sinistri denunciati	n.0
Riservati	n.0
Liquidati	n.0
Senza seguito	n.0

1) PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

Somme assicurate per “Presidente del Consiglio di Amministrazione”

Morte	Euro 300.000,00
Invalidità Permanente	Euro 300.000,00
Diaria da ricovero da infortunio e gesso	Euro 100,00 al giorno per un periodo massimo di 365 giorni
Rimborsi spese sanitarie	Euro 20.000,00 per anno assicurativo

Numero assicurati: 1

2) CATEGORIA “COMPONENTI IL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE (escluso il Presidente), Procuratori Speciali, Comonente Collegio Sindacale”

Somme assicurate procapite per “Componenti Consiglio di Amministrazione (escluso il Presidente) compreso il Procuratore Speciale”

Morte	Euro 200.000,00
Invalidità Permanente	Euro 200.000,00

Numero assicurati: 7

3) CATEGORIA DIRIGENTI

Somme assicurate pro capite per “dirigenti”

Morte	5 volte la retribuzione annua lorda col massimo assicurato di euro 700.000,00
Invalidità Permanente	6 volte la retribuzione annua lorda col massimo assicurato di euro 840.000,00
Diaria da ricovero da infortunio e gesso	Euro 100,00 al giorno per un periodo massimo di 120 giorni
Rimborsi spese sanitarie	Euro 20.000,00 per anno assicurativo

Numero assicurati: 3