

**CITTA' METROPOLITANA
DI ROMA CAPITALE**

**CAPITOLATO TECNICO COPERTURA
CUMULATIVA INFORTUNI**

SOMMARIO**SEZIONE 1 DEFINIZIONI**

Art.1 Definizioni

SEZIONE 2 NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art.1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Art. 2 Durata del contratto

Art.3 Pagamento del premio

Art. 4 Regolazione premio

Art.5 Forma delle comunicazioni

Art. 6 Modifiche dell'Assicurazione

Art. 7 Recesso in caso di sinistro

Art. 7 bis Clausola di raccordo

Art. 8 Oneri fiscali

Art. 9 Foro competente

Art. 10 Rinvio alle norme di legge

Art. 11 Interpretazione del contratto

Art. 12 Coassicurazione e delega

SEZIONE 3 NORME CHE REGOLANO L' ASSICURAZIONE INFORTUNI

Art. 13 Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio

Art.14 Oggetto dell'Assicurazione

Art. 15 Esclusioni

Art. 16 Rischio volo

Art. 17 Servizio militare sostitutivo

Art. 18 Limite di età

Art. 19 Persone non assicurabili

Art. 20 Estensioni territoriali

Art. 21 Criteri di indennizzabilità

Art. 22 Morte

Art. 23 Invalidità permanente

Art. 24 Inabilità in temporanea

Art. 25 Diaria da ricovero

Art. 26 Rimborso spese mediche da infortuni

Art. 27 Modalità di valutazione del danno – controversie

Art. 28 Assicurazione per conto altrui

Art. 29 Diritto di surrogazione

SEZIONE 4 RISCHI ASSICURATI, CATEGORIE, SOMME ASSICURATE**SEZIONE 5 CONDIZIONI PARTICOLARI**

A	Eventi socio-politici
B	Calamità naturali
C	Colpa grave
D	Rischio guerra
E	Infezioni traumatiche contratte durante operazioni chirurgiche
F	Rischio in itinere
G	Ernie traumatiche e da sforzo- ernie addominali
H	Franchigia su Inabilità temporanea
I	Liquidazione invalidità permanente
L	Malattie professionali
M	Anticipo indennizzo
N	Morte presunta
O	Diabete
P	Ubriachezza
Q	Esonero dall'obbligo di denuncia di infermità, mutilazioni, o difetti fisici
R	Esonero denuncia generalità degli assicurati
S	Deroga denuncia altre assicurazioni
T	Atti di terrorismo
U	Danni estetici

SEZIONE 6 GESTIONE SINISTRI

Art.1	Obblighi in caso di sinistro
Art. 2	Liquidazione dell'indennità
Art. 3	Obblighi della società nella gestione dei sinistri

SEZIONE 1) DEFINIZIONI

ASSICURATO:	Il soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione
ASSICURAZIONE:	Il contratto di assicurazione
ATTIVITA':	Quella svolta dalla Contraente per Statuto
CONTRAENTE:	La persona giuridica che stipula l'assicurazione
FRANCHIGIA:	L'importo prestabilito di danno indennizzabile che rimane a carico dell'Assicurato
INDENNIZZO/ RISARCIMENTO:	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro
POLIZZA:	Il documento contrattuale che prova l'assicurazione
PREMIO:	La somma dovuta alla Società
RISCHIO:	La probabilità del verificarsi del sinistro
SCOPERTO:	La percentuale prestabilita di danno indennizzabile che resta a carico dell'Assicurato
SINISTRO:	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa
SOCIETA':	L'Impresa assicuratrice
INABILITA' TEMPORANEA:	Temporanea incapacità fisica dell'Assicurato di attendere alle attività assicurate in polizza
INFORTUNIO:	Evento dovuto a causa violenta, fortuita ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili
INVALIDITÀ PERMANENTE:	Diminuzione o perdita definitiva ed irrimediabile della generica capacità dell'Assicurato a svolgere un qualsiasi

lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione esercitata

INVALIDITÀ
PERMANENTE
DA MALATTIA:

La perdita definitiva, a seguito di malattia, in misura totale o parziale, della capacità generica dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione

MALATTIA:

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio, intendendo per tale ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili

MALATTIE COESISTENTI:

Malattie o invalidità presente nel soggetto, che non determinano alcuna influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sulla invalidità da essa causata, in quanto interessano sistemi organo-funzionali diversi.

MALATTIE
CONCORRENTI:

Malattie o invalidità presenti nel soggetto, che determinano una influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sulla invalidità da essa causata, in quanto interessano uno stesso sistema organo-funzionale.

SEZIONE 2 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – Variazioni del rischio

In deroga agli art. 1892, 1893, 1894 e 1898 del C.C. l'omissione della dichiarazione da parte del Contraente/Assicurato di una circostanza che eventualmente modifichi o aggravi il rischio, così come l'incompleta o inesatta dichiarazione all'atto della stipulazione della presente polizza o durante il corso della stessa, non pregiudica il diritto al risarcimento dei danni né comporta la riduzione dello stesso, sempreché tali omissioni od inesatte dichiarazioni siano avvenute in buona fede, con l'intesa che il

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

Del pari non sarà considerata circostanza aggravante l'esistenza al momento del sinistro della modifica delle attività del Contraente/Assicurato a seguito di variazione della normativa vigente regolante l'attività del Contraente medesimo.

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

Si conviene inoltre che la diminuzione del premio conseguente ai casi previsti dal presente articolo sarà immediata e la Società rimborserà la relativa quota di premio pagata e non goduta, escluse le imposte.

Il Contraente/Assicurato è esonerato da qualsiasi obbligo di dichiarare i danni che avessero colpito le polizze da loro sottoscritte a copertura dei medesimi rischi precedentemente alla stipulazione della presente polizza di assicurazione.

Art. 2 – Durata del contratto

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24:00 del 31/12/2017 alle ore 24:00 del 31/12/2021, senza tacito rinnovo alla scadenza finale. Si conviene che le Parti hanno la facoltà di recedere dal contratto prima di ogni ricorrenza annua con lettera raccomandata da inviarsi con almeno 90 (novanta) giorni di anticipo rispetto a ciascuna scadenza anniversaria.

La Società si impegna a concedere una proroga temporanea della presente assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche, per un periodo massimo di 180 giorni decorrenti dalla scadenza, finalizzata all'espletamento delle procedure di gara per l'aggiudicazione della nuova assicurazione, purché la richiesta del Contraente avvenga con un preavviso non inferiore ai 15 giorni.

Art. 3 – Pagamento del premio

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24:00 del giorno indicato in polizza sempre che il pagamento del premio o della prima rata di premio avvenga, a parziale deroga all'art. 1901 C.C., entro 120 giorni dalla decorrenza; decorso tale termine la Compagnia si impegna a concedere, dietro richiesta scritta e motivata della Contraente, da inoltrarsi con almeno 10 giorni di anticipo sulle rispettive scadenze, i seguenti ulteriori termini di mora:

- 30 giorni dalla scadenza dei primi 120 giorni:
- Ulteriori 30 giorni dalla scadenza dei primi 150 giorni

Altrimenti avrà effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

I termini di cui sopra, valgono anche per il pagamento delle rate successive, di appendici comportanti un premio alla firma e decorrono dalla data di ricevimento del documento ritenuto formalmente corretto.

I premi potranno essere pagati alla Direzione della Società o alla sede dell'Agenzia alla quale è assegnata la polizza.

Ai sensi dell'art. 48 del DPR 602/1973 la Società da atto che:

- l'Assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuata dal Contraente ai sensi del D. M. E. F. del 18 gennaio 2008 n° 40, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'art. 3 del Decreto
- il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'art. 72 bis del DPR 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 C.C. nei confronti della Società stessa.

Art. 4) Regolazione premio

Premesso che il premio viene anticipato in base all'applicazione dei tassi, che rimangono fissi per tutta la durata del contratto, da applicarsi sui parametri, espressamente indicati nella Scheda di quotazione, lo stesso sarà regolato alla fine del periodo assicurativo annuo, secondo le variazioni intervenute, durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il calcolo del premio.

A tale scopo, entro 120 giorni dalla fine dell'anno assicurativo, il Contraente deve fornire, per iscritto, i dati necessari per la regolazione del premio alla Società, che provvederà ad emettere ed a recapitare al Contraente.

Le differenze attive o passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei termini previsti all'Art.3) Pagamento del premio.

Se nel termine di scadenza di cui sopra il Contraente non fa luogo alle anzidette comunicazioni circa la regolazione del premio, oppure non paga la differenza attiva del premio dovuto nei termini indicati, la Società fisserà un ulteriore termine di 60 giorni dandone comunicazione al medesimo a mezzo lettera raccomandata. Trascorso detto termine, la garanzia resterà sospesa, fermo l'obbligo del Contraente di provvedere al pagamento del premio di regolazione dovuto.

La Società ha il diritto di effettuare verifiche e controlli per i quali il Contraente è tenuto a fornire chiarimenti e le documentazioni necessarie.

Art. 5 – Forma delle comunicazioni

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

Art. 6 – Modifiche dell'assicurazione

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

Art. 7 – Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, le Parti possono recedere dall'assicurazione con preavviso di 180 giorni, da darsi con lettera raccomandata A.R.

Il recesso sarà efficace esclusivamente in concomitanza con la prima scadenza di rata. La Società è tenuta a documentare, contestualmente alla notifica del recesso *“l'avvenuto pagamento dell'indennizzo o il rifiuto del medesimo”* restando inteso, in caso contrario, che il recesso è inefficace.

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

Art. 7bis – Clausola di raccordo

La presente polizza si intende vincolata per le polizze Responsabilità Civile verso terzi e prestatori di lavoro, Kasko dipendenti in missione e RCA Libro matricola nn _____, stipulate dal contraente con la medesima società, in quanto oggetto di un unico lotto nella procedura di gara.

Pertanto, qualora per una delle suindicate polizze venga esercitato da parte della Società il diritto di recesso ai sensi delle condizioni contrattuali, ciò comporterà la risoluzione automatica e con la medesima data di effetto anche degli altri contratti.

Art. 8 – Oneri Fiscali

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

Art. 9 – Foro competente

Per controversie riguardanti l'esecuzione del contratto è esclusivamente competente il Foro di Roma.

Art. 10 – Rinvio alle norme di legge

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

Art. 11 – Interpretazione del contratto

In caso di dubbio, le clausole contenute nel presente capitolato nonché le norme in esso richiamate e/o comunque applicabili saranno interpretati sempre in senso più favorevole al Contraente/Assicurato.

Art. 12 - Coassicurazione e delega (NON OPERANTE)

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

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

vale anche per il presente atto. Pertanto, le comunicazioni inerenti alla polizza (ivi comprese le comunicazioni relative al recesso ed alla disdetta) devono trasmettersi dall'una all'altra parte solo per il tramite della Spettabile_____ la cui firma in calce di eventuali futuri atti impegnerà che le Coassicuratrici che in forza della presente clausola ne conferiscono mandato. Nel caso in cui il presente contratto sia aggiudicato ad associazione temporanea di imprese costituitasi in termini di legge, si deroga totalmente al disposto dell'art. 1911 C.C., essendo tutte le imprese sottoscrittrici responsabili in solido nei confronti del Contraente. La delega assicurativa è assunta dalla Compagnia indicata dal raggruppamento di imprese quale mandataria. Non è consentita l'associazione anche in partecipazione od il raggruppamento temporaneo di imprese concomitante o successivo all'aggiudicazione della gara.

SEZIONE 3 NORME CHE REGOLANO L' ASSICURAZIONE INFORTUNI

Art. 13 – Obbligo di fornire i dati sull'andamento del rischio

La Società si impegna a fornire una informativa (statistica dei sinistri) con cadenza trimestrale, sia in formato cartaceo che informatico editabile (Excel o altro formato compatibile con i normali sistemi informatici in uso presso gli uffici della Città Metropolitana) e riportante per ciascun singolo sinistro i seguenti dati:

- numero del sinistro;
- nome/cognome danneggiato
- data di accadimento;
- tipologia di avvenimento;
- importo pagato;
- importo riservato;
- importo in franchigia.

Si specifica che in qualunque momento l'Amministrazione contraente potrà richiedere informazioni aggiornate su singoli sinistri o sulla statistica generale e la Compagnia dovrà provvedere a far pervenire alla Città Metropolitana di Roma Capitale i dati e i documenti richiesti al massimo entro 30 giorni dalla richiesta. L'obbligo di fornire i dati relativi all'andamento tecnico del rischio permane in capo alla Società anche oltre la scadenza contrattuale e fino a quando tutti i sinistri denunciati sul contratto non sono stati definiti.

Art. 14 – Oggetto dell'Assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento delle attività indicate in ogni singola categoria.

Art. 15 - Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti:

- a) dalla guida di veicoli e natanti a motore, se l' assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- b) dall' uso, anche come passeggero, di aeromobili (compresi deltaplani ed ultra leggeri), salvo quanto disposto dall' art. 16;
- c) dalla pratica del paracadutismo, del parapendio e degli sport aerei in genere;
- d) da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall' uso di stupefacenti o allucinogeni;
- e) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- f) da delitti dolosi compiuti o tentati dall' Assicurato;
- g) da guerre o insurrezioni;
- h) da movimenti tellurici, inondazioni o eruzioni vulcaniche;
- i) da trasformazioni o assestamenti energetici dell' atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).
- l) da infarti e da ernie di qualsiasi tipo

Art. 16 – Rischio volo

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

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

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

per persona:

- euro 1.032.913,80 per il caso di Morte
- euro 1.032.913,80 per il caso di Invalidità Permanente
- euro 258,23 per il caso di Inabilità Temporanea

per aeromobile:

- euro 5.164.568,99 per il caso di Morte
- euro 5.164.568,99 per il caso di invalidità Permanente
- euro 5.164,57 per il caso di Inabilità Temporanea

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

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

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

Art. 17 – Servizio militare sostitutivo

Durante il servizio militare sostitutivo in tempo di pace l'assicurazione resta sospesa limitatamente alla garanzia di inabilità temporanea e prosegue per le altre garanzie e per le rispettive indennità previste in polizza.

Comunque, entro 15 giorni dalla prima scadenza di premio - o rata di premio - successiva all'inizio del servizio, il Contraente ha diritto di chiedere la sospensione dell'assicurazione fino al termine del servizio medesimo.

Art. 18 – Limite di età

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

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

Art. 19 – Persone non assicurabili

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

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

Art. 20 – Estensioni territoriali

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

Art. 21- Criteri di indennizzabilità

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

Art. 22 – Morte

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

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

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

Art. 23 – Invalidità Permanente

L'indennizzo per il caso di invalidità permanente è dovuto se l'invalidità stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno dell'infortunio.

L'indennizzo per invalidità permanente parziale è calcolato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, in proporzione al grado d'invalidità accertata secondo i criteri e le percentuali indicate nella tabella di cui all'allegato 1 del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge.

Nei confronti delle persone affette da mancinismo, le percentuali di invalidità previste per l'arto superiore destro e la mano destra, varranno per l'arto superiore sinistro e la mano sinistra e viceversa.

Se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita totale, le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.

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

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

ART. 24 – Inabilità temporanea

L'indennizzo per inabilità temporanea è dovuto:

- a) integralmente, per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle sue occupazioni;
- b) al 50% per ogni giorno in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle sue occupazioni.

L'indennizzo per inabilità temporanea viene corrisposto per un periodo massimo di 365 giorni.

L'indennizzo per inabilità temporanea è cumulabile con quelli dovuti per morte, invalidità permanente e diaria da ricovero.

Art. 25- Diaria da ricovero

Se in conseguenza ad infortunio indennizzabile a termini di polizza l'assicurato viene ricoverato in Istituto di cura legalmente riconosciuto, la Società corrisponde l'indennità giornaliera assicurata, pattuita per ogni giorno di ricovero, per un periodo massimo di 300 gg..

La diaria viene liquidata dietro presentazione di copia della cartella clinica completa di dichiarazione dell'Istituto di cura attestante la durata del ricovero.

L'indennizzo per diaria da ricovero è cumulabile con quelli dovuti per morte, invalidità permanente e inabilità temporanea.

Art.26 – Rimborso spese mediche da infortunio

La Società rimborsa agli assicurati, in caso di infortunio risarcibile a termini di polizza, il costo delle cure mediche sostenute, fino a concorrenza, per ogni evento, dell'importo indicato sulla scheda di rischio:

Per cure mediche si intendono:

- Spese ospedaliere o cliniche;
- Onorari a medici e 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;
- 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.

Art. 27 – Modalità di valutazione del danno - Controversie

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

Il Collegio medico risiede presso la sede della Contraente.

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

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

Art. 28 – Assicurazione per conto altrui

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

Art. 29 – 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.

SEZIONE 4 RISCHI ASSICURATI, CATEGORIE E SOMME ASSICURATE

CAT. A - CONDUCENTI MEZZI ENTE

Infortuni subiti da conducenti e dalle persone di cui sia autorizzato il trasporto durante il viaggio, per la forzata sosta e la ripresa della marcia per tutti i mezzi di trasporto di proprietà o in uso all'Ente. Sono compresi in garanzia anche la salita e la discesa dai mezzi.

Poiché la presente assicurazione è stipulata dalla Contraente anche nel proprio interesse e secondo quanto disposto dai relativi C.C.N.L. gli importi liquidati in base alla presente polizza saranno detratti dalle somme eventualmente spettanti a titolo di equo indennizzo per lo stesso evento.

La presente polizza è rivolta alla copertura di lesioni o decesso del conducente addetto alla guida e delle persone di cui sia stato autorizzato il trasporto per i rischi non compresi nell'assicurazione obbligatoria di terzi (ex legge 990) .

SOMME ASSICURATE

Caso Morte:	Euro 200.000,00
Caso Invalidità permanente:	Euro 200.000,00
Rimborso spese mediche	Euro 10.000,00

CAT. B - DIPENDENTI IN MISSIONE

La garanzia deve intendersi prestata in ottemperanza agli obblighi di legge derivanti al Contraente, di garantire i dipendenti per gli infortuni subiti durante lo svolgimento della missione o adempimenti di servizio fuori ufficio, qualora sia autorizzato l'utilizzo di mezzi di trasporto, purché non intestati al PRA a nome del Contraente

(vedi cat. A), quali autovetture, cicli e motocicli, limitatamente al tempo necessario per l'esecuzione delle prestazioni relative.

L'assicurazione garantisce anche gli infortuni alle persone di cui sia stato autorizzato il trasporto.

La copertura inizia dall'effettivo inizio del viaggio, indipendentemente se esso avvenga dall'abitazione (anche occasionale) dell'Assicurato stesso o dalla sede di lavoro; la copertura termina al ritorno dell'Assicurato ad una delle predette sedi di partenza.

Poichè la presente assicurazione è stipulata dalla Contraente anche nel proprio interesse e secondo quanto disposto dai relativi C.C.N.L. gli importi liquidati in base alla presente polizza saranno detratti dalle somme eventualmente spettanti a titolo di equo indennizzo per lo stesso evento.

La presente polizza è rivolta alla copertura di lesioni o decesso del conducente addetto alla guida e delle persone di cui sia stato autorizzato il trasporto per i rischi non compresi nell'assicurazione obbligatoria di terzi (ex legge 990) .

SOMME ASSICURATE

Caso Morte:	Euro 200.000,00
Caso Invalidità permanente:	Euro 200.000,00
Rimborso spese mediche	Euro 10.000,00

CAT. C-AMMINISTRATORI

L'assicurazione è prestata per gli infortuni verificatisi a causa ed in occasione dell'espletamento di tutte le attività e funzioni connesse alla carica, ivi comprese quelle esercitate in enti o società collegate e/o controllate dal Contraente.

E' incluso il "rischio in itinere" nonchè tutti gli spostamenti necessari all'espletamento degli incarichi loro assegnati, effettuati anche con mezzi di trasporto pubblici e privati.

Sono dunque esclusi dalla garanzia gli infortuni verificatisi nell'espletamento dell'attività professionale privata di ciascun assicurato, e quelli relativi a qualsiasi attività extraprofessionale comunque non collegata alla carica.

SOMME ASSICURATE

Caso Morte:	Euro 200.000,00
Caso Invalidità permanente:	Euro 200.000,00
Rimborso spese mediche	Euro 10.000,00

CAT. D- PORTAVALORI

L'Assicurazione è prestata per gli infortuni verificatisi a causa ed in occasione dell'espletamento dell'attività di Portavalori.

SOMME ASSICURATE

Caso Morte:	Euro 200.000,00
Caso Invalidità permanente:	Euro 200.000,00
Rimborso spese mediche	Euro 10.000,00

CAT. E – LEGALI DELL'ENTE

La garanzia deve intendersi prestata in ottemperanza agli obblighi di legge derivanti al Contraente, di garantire i dipendenti per gli infortuni subiti durante gli adempimenti di servizio anche fuori dell'ufficio.

E' incluso il "rischio in itinere" nonchè tutti gli spostamenti necessari all'espletamento degli incarichi loro assegnati, effettuati anche con mezzi di trasporto pubblici e privati.

Sono dunque esclusi dalla garanzia gli infortuni verificatisi nell'espletamento dell'attività professionale privata di ciascun assicurato, e quelli relativi a qualsiasi attività extraprofessionale comunque non collegata alla carica.

SOMME ASSICURATE

Caso Morte:	Euro 200.000,00
Caso Invalidità permanente:	Euro 200.000,00
Rimborso spese mediche	Euro 10.000,00

SEZIONE 5 CONDIZIONI PARTICOLARI

Si precisa che sono considerati infortuni anche:

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

L'assicurazione vale anche per:

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

A) EVENTI SOCIOPOLITICI

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

B) CALAMITA' NATURALI

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

C) COLPA GRAVE

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

D) RISCHIO GUERRA

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

E) INFEZIONI TRAUMATICHE CONTRATTE DURANTE OPERAZIONI CHIRURGICHE

L'assicurazione vale anche per le infezioni (malattie virali, infezioni, epatite, H.I.V., AIDS e simili) conseguenti a trauma e/o contatto subito durante l'attività svolta per conto del Contraente.

L'operatività della garanzia è subordinata alla denuncia dell'infortunio entro 30 giorni dal fatto e dovrà essere allegata alla denuncia analisi del sangue comprovante la sieronegatività per le patologie suindicate; l'Assicurato dovrà tenersi disponibile alle eventuali analisi successive che la Società riterrà opportuno richiedergli e dette analisi dovranno essere praticate non oltre 30 giorni dalla denuncia di infortunio.

In caso di negatività, il test per H.I.V., epatite virali B e C dovrà essere ripetuto entro 180 giorni.

Qualora anche quest'ultimo test risultasse negativo, si procederà all'accertamento definitivo al termine di 1 anno dall'evento per il solo H.I.V.

F) RISCHIO IN ITINERE

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

- il tragitto dall'abitazione (anche occasionale) al luogo di lavoro e viceversa;
- il tragitto dalla sede dove viene svolta la loro attività fino al raggiungimento di altre sedi e viceversa

purchè questi infortuni avvengano durante il tempo necessario a compiere il percorso pre via ordinaria e con gli abituali mezzi di locomozione, tanto privati che pubblici.

G) ERNIE TRAUMATICHE E DA SFORZO - ERNIE ADDOMINALI

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

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

H) FRANCHIGIA SU INABILITA' TEMPORANEA

- Per le singole categorie si intenderanno applicabili le franchigie previste dal Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro.

I) LIQUIDAZIONE INVALIDITA' PERMANENTE

Per i casi di Invalidità Permanente conseguenti ad infortunio di grado non inferiore al 50% accertato con i criteri di indennizzabilità previsti dalle Condizioni Particolari di Assicurazione verrà corrisposto un indennizzo pari al 100% del capitale assicurato

L) MALATTIE PROFESSIONALI

Nei casi in cui la copertura sia resa obbligatoria in forza di Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro l'Assicurazione viene estesa anche alle malattie professionali che si manifestino nel corso della validità del presente contratto e che producano la morte o riducano l'attitudine al lavoro.

La valutazione dell'Invalidità Permanente da malattia professionale e la liquidazione dei rispettivi indennizzi, saranno effettuati in conformità alle disposizioni contenute nel D.P.R. 1124 del 30/6/1965, con l'intesa che gli indennizzi stessi saranno pagati in capitale anziché in rendita.

Qualora, in conseguenza di una malattia professionale o di infortunio, l'attitudine al

lavoro dell'Assicurato risulti permanentemente ridotta in modo tale da non consentire la prosecuzione del rapporto di impiego con analoghe mansioni, la somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente verrà liquidata al 100% (cento per cento).

M) ANTICIPO INDENNIZZO

Qualora a seguito di infortunio fosse quantificata un'Invalidità Permanente di grado superiore al 20% la Società metterà a disposizione, quale anticipo indennizzo, il 50% dell'importo presumibilmente indennizzabile, con il massimo di euro 51.000,00.

N MORTE PRESUNTA

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

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

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

O) DIABETE

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

P) UBRIACHEZZA

A parziale rettifica di quanto indicato nell'art. 15 delle C.G.A. l'assicurazione vale anche per gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza, esclusi comunque quelli conseguenti ad ubriachezza.

Q) ESONERO DALL' OBBLIGO DI DENUNCIA DI INFERMITA' MUTILAZIONI O DIFETTI FISICI

La Contraente è esonerata dalla denuncia di infermità, difetti fisici o mutilazioni di cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire.

In caso di infortunio, resta comunque espressamente confermato il disposto dell'Art. 22 delle C.G.A..

R) ESONERO DENUNCIA GENERALITA' DEGLI ASSICURATI

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

S) DEROGA DENUNCIA ALTRE ASSICURAZIONI

In deroga a quanto disposto dalle C.G.A. , il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le altre eventuali assicurazioni che i singoli Assicurati avessero in corso o stipulassero in proprio con altre Società.

T) ATTI DI TERRORISMO

A parziale deroga delle Condizioni di Assicurazione, la garanzia è estesa agli infortuni derivanti da atti di terrorismo compiuti tramite armi e/o ordigni di tipo convenzionale. Non sono compresi in garanzia gli infortuni derivanti da atti terroristici posti in essere tramite l'uso di sostanze nucleari, biologiche, batteriologiche o chimiche, qualunque sia il tipo di arma e/o ordigno e/o congegno utilizzato per portare a termine l'azione. Sono comunque esclusi dalla garanzia tutti gli infortuni derivanti da atti terroristici in cui l'Assicurato vi abbia partecipato in modo volontario.

E' definito atto di terrorismo, una qualsiasi azione violenta fatta col supporto dell'organizza-zione di uno o più gruppi di persone (anche se realizzato da una persona singola) diretta ad influenzare qualsiasi governo e/o terrorizzare l'intera popolazione o una parte importante di esse, allo scopo di raggiungere un fine politico o religioso o ideologico o etnico.

U) DANNI ESTETICI

Si conviene che in caso di infortunio non escluso dalle condizioni della presente polizza, che produca conseguenze di carattere estetico, ma che non comporti risarcimento a titolo di invalidità permanente, la Compagnia rimborserà comunque le spese sostenute dall'Assicurato per le cure e epr gli interventi, anche chirurgici effettuati allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico. La presente garanzie deve intendersi prestata sino alla concorrenza di Euro 5.200.,00.

SEZIONE 6) NORME CHE REGOLANO I SINISTRI**ART. 1 – OBBLIGHI DEL CONTRAENTE/ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO**

In deroga a quanto disposto dall'Art. 1913 del Codice Civile, il Contraente/Assicurato, in caso di sinistro deve darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure direttamente alla Società, entro 45 (quarantacinque) giorni da quando l'ufficio del Contraente/Assicurato stesso addetto alla gestione della specifica pratica ne è venuto a conoscenza.

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

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

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

Art. 2) LIQUIDAZIONE DELL'INDENNITA'

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquiderà l'indennità che risulti dovuta, ne darà comunicazione agli interessati e alla Contraente, avuta notizia della loro accettazione, provvederà al pagamento entro 60 giorni dalla sottoscrizione del modulo di liquidazione dalla Società.

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

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

Art. 3) OBBLIGHI DELLA SOCIETA' NELLA GESTIONE DEI SINISTRI

La Società, con cadenza semestrale, si impegna a fornire al Contraente il dettaglio dei sinistri così suddiviso:

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

La documentazione di cui sopra dovrà essere fornita al Contraente mediante supporto cartaceo e/o informatico compatibile ed utilizzabile dal Contraente stesso.

Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al Contraente di chiedere ed ottenere entro 30 giorni dalla richiesta un aggiornamento con le modalità di cui sopra in date diverse da quelle indicate.

Gli obblighi a fornire i dati relativi all'andamento tecnico del rischio, permane in capo alla Società anche oltre la scadenza contrattuale e fino a quando tutti i sinistri denunciati sul contratto non sono stati definiti.

DICHIARAZIONE

Ad ogni effetto di legge, nonché ai sensi dell'Art. 1341 codice civile, il Contraente e la Società dichiarano di approvare specificatamente le disposizioni degli Articoli seguenti delle Condizioni di Assicurazione:

- | | |
|-----------|-----------------------------|
| Art. 2 | Durata della polizza |
| Art. 3 | Pagamento del premio |
| Art. 7 | Recesso in caso di sinistro |
| Art. 7bis | Clausola di raccordo |
| Art. 9 | Foro competente |

La Società

Il Contraente