

COMUNE DI ANZIO

Lotto VII

Capitolato Infortuni Cumulativo

DEFINIZIONI

ASSICURATO:	Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.
ASSICURAZIONE:	Il contratto di assicurazione.
ATTIVITA':	Quella svolta in qualità di Ente Locale per statuto, per legge, per regolamenti o delibere, compresi i provvedimenti emanati dai propri organi. Eventuali variazioni che interverranno saranno automaticamente recepite. La definizione comprende anche tutte le attività accessorie, complementari, connesse e collegate, preliminari e conseguenti all'attività principale, ovunque e comunque svolte.
BROKER:	La In Più Broker S.r.l.(in seguito detta più semplicemente Broker).
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.
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
INVALIDITA' PERMANENTE:	La perdita definitiva, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità generica dell'assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione

NORME CHE REGOANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1 – Prova del contratto

Il contratto di assicurazione e le sue eventuali modifiche devono essere provate per iscritto. Sul contratto, o su qualsiasi altro documento che concede la copertura, deve essere indicato l'indirizzo della sede sociale e, se del caso, della succursale della Società che concede la copertura assicurativa.

Art. 2 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente 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 Codice Civile.

Art.3 Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

A parziale deroga dell'art. 1901 del Codice Civile, il Contraente è tenuto al pagamento della prima rata di premio entro 60 giorni dalla data della decorrenza della polizza. In mancanza di pagamento, la garanzia rimane sospesa dalla fine di tale periodo e riprende vigore alle ore 24:00 del giorno in cui viene pagato il premio di perfezionamento.

Se il Contraente non paga il premio per le rate successive, la garanzia resta sospesa dalle ore 24 del 60° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore alle ore 24:00 del giorno in cui viene pagato quanto dovuto, ferme restando le scadenze contrattualmente stabilite.

I termini di cui al comma precedente si applicano anche in occasione del perfezionamento di documenti emessi dalla Società, a modifica e variazione del rischio, che comportino il versamento di premi aggiuntivi.

Art. 4 Aggravamento del rischio

Il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento di rischio a lui noto.

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

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 Codice Civile e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 6 Buona fede

L'omissione da parte del Contraente di una circostanza eventualmente aggravante il rischio, così come le inesatte e/o incomplete dichiarazioni del Contraente all'atto della stipulazione del contratto o durante il corso dello stesso, non pregiudicano il diritto al risarcimento dei danni, sempreché tali omissioni o inesatte dichiarazioni siano avvenute in buona fede (quindi esclusi i casi di dolo o colpa grave). Rimane fermo il diritto della Società, una volta venuta a conoscenza di circostanze aggravanti, che comportino un premio maggiore, di richiedere la relativa modifica delle condizioni in corso (aumento del premio con decorrenza dalla data in cui le circostanze

aggravanti siano venute a conoscenza della Società o, in caso di sinistro, conguaglio del premio per l'intera annualità in corso).

Art. 7 recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società può recedere dall'assicurazione con preavviso di 90 giorni. In tale caso, la Società, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio netto relativa al periodo di rischio non corso.

Art. 8 Durata del contratto

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del 30.11.2016 e scadrà alle ore 24 del 30.11.2019, senza tacito rinnovo alla scadenza finale. Si conviene che le Parti hanno la facoltà di recedere dal contratto dalla prima scadenza annuale con lettera raccomandata da inviarsi con almeno 120 (centoventi) giorni di anticipo rispetto a ciascuna scadenza anniversaria.

La Società si impegna a concedere una proroga del contratto, alle stesse condizioni normative ed economiche, di 120 giorni (centoventi giorni) se ciò risultasse necessario per concludere la procedura di gara per l'aggiudicazione di un nuovo contratto.

Il Contraente invierà la richiesta alla Società con preavviso di almeno 30 (trenta) giorni da darsi alla Società mediante lettera raccomandata.

Art. 9 Oneri fiscali

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

Art. 10 Foro competente

Foro competente è esclusivamente quello del luogo ove ha sede il Contraente.

Art. 11 Rinvio alle norme di legge

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

Art. 12 Coassicurazione e delega (opzionale)

A deroga dell'art. 1911 Codice Civile, la Delegataria risponderà direttamente anche della parte di indennizzo a carico delle Coassicuratrici.

Tutte le comunicazioni relative al presente contratto si intendono fatte o ricevute dalla Società Delegataria, all'uopo designata dalle Società Coassicuratrici, in nome e per conto di tutte le Società Coassicuratrici. La firma apposta dalla Società Delegataria rende l'atto valido ad ogni effetto, anche per la parte delle medesime.

Art. 13 Assicurazioni presso diversi assicuratori

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare alla Società eventuali altre polizze da lui stipulate per i medesimi rischi. Se per il medesimo rischio coesistono più assicurazioni, in caso di sinistro, l'Assicurato o il Contraente deve darne avviso a tutti gli Assicuratori ed è tenuto a richiedere a ciascuno di essi l'indennizzo dovuto secondo il rispettivo contratto autonomamente considerato.

Art. 14 Clausola Broker

La gestione del contratto è affidata alla IN PIU Broker S.r.l. - Via de' Baullari, 24 – 00186 ROMA – in qualità di broker di assicurazione del Contraente.

Il Contraente e la Società si danno reciprocamente atto che tutti i rapporti contrattuali, compreso il pagamento dei premi, dovranno avvenire per il tramite del broker.

Tutte le comunicazioni riguardanti l'esecuzione del contratto avverranno anch'esse per il tramite del suddetto broker, che viene quindi riconosciuto dalle parti quale mittente e/o destinatario in luogo e per conto delle stesse. Le comunicazioni dovranno pervenire per lettera raccomandata, telefax o in altra valida forma scritta.

Art. 15 Obblighi di fornire i dati dell'andamento sinistri

La Società si impegna a fornire su richiesta del Contraente, non più di due volte in un anno assicurativo, i dati afferenti l'andamento del rischio entro 30 giorni dalla data di richiesta presentata dal Contraente o dal Broker.

In particolare la Società fornirà il rapporto sinistri riferito all'anno in questione, sia in via aggregata che disaggregata; la statistica sinistri dovrà essere così suddivisa:

- a) sinistri denunciati;
- b) sinistri riservati (con indicazione dell'importo a riserva);
- c) sinistri liquidati (con indicazione dell'importo liquidato);

Art. 16 Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni, alle quali il Contraente è tenuto, devono essere fatte con lettera raccomandata e/o fax e/o telex e/o telegramma indirizzati al Broker.

Analoga procedura adotta la Società nei confronti del Contraente.

Art.17 Efficacia temporale della garanzia

Le garanzie prestate avranno efficacia per i fatti accaduti durante la vigenza del presente contratto.

Art. 18 Tracciabilità dei Flussi Finanziari

a) La Società appaltatrice è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi di tracciabilità previsti dalla legge n. 136/2010.

b) Nel caso in cui la Società, nei rapporti nascenti con i propri eventuali subappaltatori, subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, abbia notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria di cui all'art. 3 della legge n. 136/2010 ne dà immediata comunicazione alla Stazione Appaltante ed alla Prefettura-ufficio territoriale del Governo della Provincia ove ha sede la Stazione appaltante.

c) L'Amministrazione può verificare, in occasione di ogni pagamento all'appaltatore e con interventi di controllo ulteriori, l'assolvimento da parte dello stesso, dei subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, agli obblighi relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari.

La Società s'impegna a fornire ogni documentazione atta a comprovare il rispetto, da parte propria nonché dei subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, degli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla legge n. 136/2010.

d) Secondo quanto previsto dall'art. 3 comma 9 bis della legge n. 136/2010, il mancato utilizzo del bonifico bancario o postale ovvero degli altri strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni, nelle transazioni finanziarie relative a

pagamenti effettuati dagli appaltatori, subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, costituisce causa di risoluzione del contratto ai sensi dell'art. 1456 c.c.. La risoluzione si verifica quando la parte interessata dichiara all'altra che intende valersi della presente clausola risolutiva. La risoluzione, in base all'art. 1458 c.c., non si estende alle obbligazioni della Società derivanti da sinistri verificatisi antecedentemente alla risoluzione del contratto.

Art. 19 Elementi per il calcolo del premio

Il premio viene anticipato in base all'applicazione dei costi unitari indicati nell'Allegato, che rimangono fissi per tutta la durata del contratto, da applicarsi ai seguenti parametri:

CATEGORIA A INFORTUNI DIPENDENTI RISCHIO MISSIONE

- chilometri effettuati con mezzi di proprietà degli assicurati o di proprietà di terzi
- numero di veicoli di proprietà dell'Ente

CATEGORIA B AMMINISTRATORI

- numero assicurati

CATEGORIA C PERSONE PORTATRICI DI HANDICAP

- numero assicurati per le gite
- numero assicurati per il Centro di Terapia

Art. 20 Regolazione del premio

Se il premio viene anticipato, in via provvisoria, per l'importo risultante dal conteggio esposto nell'Allegato (Prospetto di offerta) alla presente polizza, 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 90 giorni dalla fine dell'anno assicurativo, il Contraente deve fornire, per iscritto, i dati necessari per la regolazione del premio alla Società (per il tramite del Broker), che provvederà ad emettere ed a recapitare al Broker la relativa appendice contrattuale.

Le differenze attive risultanti dalla regolazione, devono essere pagate entro 90 giorni dalla data di ricezione del relativo documento.

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.

Non si darà luogo in ogni caso a regolazioni premio passive.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Le condizioni che seguono prevalgono in caso di discordanza sulle norme che regolano l'assicurazione in generale.

L'eventuale discordanza tra le norme che regolano l'assicurazione in generale, le norme che regolano l'assicurazione in particolare, le norme del Codice Civile sui contratti di assicurazione e gli atti legislativi indicati nell'Allegato (Prospetto di offerta), verrà risolta sempre nella maniera più favorevole al Contraente e/o agli Assicurati.

Inoltre si prende atto tra le parti che all'atto di emissione della polizza la Società fornirà la polizza su propria documentazione contrattuale, dunque la stessa Società prende atto che le disposizioni del presente capitolato dovranno intendersi quale modifica e/o integrazione a quanto disciplinato sia sulla modulistica che sulle condizioni normative richiamate sul frontespizio di polizza.

Art. 21 Oggetto dell'Assicurazione

L'assicurazione è valida per i seguenti rischi:

CATEGORIA A

INFORTUNI DIPENDENTI RISCHIO MISSIONE

Si assicurano i dipendenti per gli infortuni occorsi sia in qualità di conducenti che di trasportati, durante l'uso di veicoli privati, propri o di terzi o durante l'uso di veicoli di proprietà o gestiti dall'Ente, per lo svolgimento di missioni e/o trasferte per adempimento di servizio, regolarmente autorizzate dall'Ente, limitatamente al tempo ed al percorso strettamente necessario per l'esecuzione delle prestazioni del servizio stesso. La garanzia è prestata ed ha inizio dal momento in cui il veicolo assicurato lascia il luogo ove si trova in sosta, per l'inizio del viaggio, continua senza interruzione durante il percorso, comprese tutte le soste, previste e non previste, ritenute necessarie fino al termine del viaggio stesso.

Rientra nel novero degli assicurati il Direttore Generale ed il Segretario Comunale.

CATEGORIA B

AMMINISTRATORI

L'assicurazione vale, purché il Contraente ne abbia interesse, per gli infortuni che per gli Amministratori subiscano durante l'espletamento di qualsiasi incarico o mansione svolto per conto dell'Ente, inclusi, a titolo esemplificativo e non limitativo, i rischi legati alla partecipazione a riunioni, sopralluoghi ad impianti dell'Ente, ivi compresi il rischio in itinere ed i trasferimenti in genere, e comunque durante lo svolgimento del mandato istituzionale.

CATEGORIA C

PERSONE PORTATRICI DI HANDICAP

Si assicurano gli infortuni subiti da persone portatrici di handicap psichici durante la partecipazione a gite collettive organizzate dal Contraente. L'assicurazione decorre da quando, nel luogo di ritrovo per la partenza, il partecipante alla gita sale sul mezzo di trasporto e cessa al momento in cui, a gita ultimata ne discende e per qualsiasi abbandona il gruppo per interrompere la gita o proseguirla per proprio conto. L'assicurazione vale sia per gli infortuni dai quali l'assicurato venisse colpito durante il tragitto, sia durante il soggiorno nel luogo di

destinazione, sia durante le soste nei luoghi intermedi, secondo l'itinerario prefissato. Ai fini della garanzia prestata con la presente polizza, faranno fede per l'identificazione degli assicurati i liberi o registri del Comune o degli organi preposti dal S.S.N.

Sono altresì assicurati gli infortuni subiti da persone portatrici di handicap fisici durante tutte le attività ludico- ricreative ai fini sociali, svolte presso i locali del "Centro di Terapia occupazione siti nel Plesso immobiliare, Ospedaliero di Villa Albani "in sostituzione" del "Centro Diurno la Girandola"

Art. 22 Rischi inclusi nell'assicurazione

Ai sensi della presente polizza sono considerati parificati ad infortunio anche i seguenti eventi:

- annegamento;
- folgorazione;
- effetti delle influenze termiche ed atmosferiche;
- assideramento e/o congelamento;
- asfissia per involontaria aspirazione di gas o vapori, soffocamento da ingestione di solidi e liquidi e comunque di qualunque corpo estraneo;
- avvelenamenti acuti da ingestione di cibo o altra sostanza;
- intossicazione anche non avente origine traumatica e lesioni derivanti da ingestione di sostanze;
- lesioni da contatto con sostanze corrosive;
- i colpi di sole o di calore;
- le lesioni muscolari (esclusi gli infarti);
- le ernie traumatiche e da sforzo, incluse anche le ernie discali;
- conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche o di altre cure rese necessarie da infortunio;
- danni estetici conseguenti ad infortunio. Sono inoltre compresi i seguenti eventi:
 - infortuni sofferti in stato di malore o incoscienza;
 - infortuni derivanti da imperizia, imprudenza, negligenza o colpa grave;
 - infortuni subiti in occasione di inondazioni, alluvioni, straripamenti, caduta del fulmine, eruzioni vulcaniche ed altri eventi naturali;
 - infortuni subiti in occasione di tumulti popolari, atti di terrorismo, scioperi sommosse, sabotaggio, attentati, aggressioni e violenze, atti vandalici e dolosi a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva.

Art. 23 Esclusioni

Sono esclusi dalla presente assicurazione gli infortuni derivanti:

- derivanti da guerra e/o insurrezioni;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche;
- da abuso di psicofarmaci e/o dall'uso non terapeutico di sostanze stupefacenti e/o di allucinogeni;
- da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- da stato di intossicazione acuta alcolica alla guida di qualsiasi veicolo e/o natante;
- da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio.

Art. 24 Somme Assicurate**Categoria A Infortuni dipendenti in missione**

Caso Morte Euro 200.000,00
Caso IP Euro 200.000,00

Categoria B Amministratori

Caso Morte Euro 200.000,00
Caso IP Euro 200.000,00

Categoria C Persone portatrici di Handicap

Caso Morte Euro 30.000,00
Caso IP Euro 40.000,00

Art. 25 Assicurabilità

Le garanzie assicurative non valgono per le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, epilessia o dalle seguenti infermità mentali: schizofrenia, sindromi organiche-cerebrali, forme maniaco depressive, stati paranoici; l'assicurazione altresì cessa con il manifestarsi di una delle predette condizioni.

L'assicurazione non vale, inoltre, per le persone di età maggiore di 75 anni.

Art. 26 Limiti territoriali

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 27 Morte

La somma assicurata per il caso Morte viene liquidata dalla Società ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi in parti uguali, purché la morte dell'Assicurato risulti conseguenti ad un infortunio risarcibile a termini di polizza e questa si verifichi entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio stesso è avvenuto.

Art. 28 Invalidità Permanente

Se l'infortunio ha per conseguenza una Invalidità Permanente e questa si verifica entro due anni dal giorno nel quale è avvenuto, la Società liquida per tale titolo una indennità calcolata sulla somma assicurata per invalidità assoluta, secondo la tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali, (con esclusione comunque di ogni e qualsiasi invalidità conseguente a malattia professionale) approvata con D.P.R. del 30-06-1965 n. 1124, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista.

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

La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali di cui alla citata tabella vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.

Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti, le percentuali previste nella predetta tabella sono addizionate fino al massimo del 100% della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente Totale.

Art. 29 Cumulo di indennità

Se dopo il pagamento di una indennità per invalidità permanente, ma entro un anno dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari designati o, in difetto, agli eredi, la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore, e non chiede rimborso nel caso contrario.

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

NORME CHE REGOLANO LA GESTIONE SINISTRI**Art. 30 Obblighi in caso di sinistro**

Entro 30 giorni dal fatto o dal giorno in cui l'ufficio competente del Contraente ne è venuto a conoscenza deve essere fatta denuncia di ciascun sinistro al Broker. La denuncia deve contenere la narrazione del fatto, l'indicazione delle conseguenze, il nome ed il domicilio degli infortunati e dei testimoni, la data, il luogo e le cause del sinistro.

Il Contraente deve poi far seguire, nel più breve tempo possibile, la ulteriore documentazione del caso.

La denuncia deve essere corredata dalla fotocopia della pagina del registro da cui risultino i dati relativi alla missione o altra documentazione equivalente od equipollente.

Art. 31 Controversie

In caso di divergenze sulla natura e sulle conseguenze delle lesioni, sul grado di invalidità permanente o sul grado o durata della inabilità temporanea, le Parti si obbligano a conferire mandato, con scrittura privata, ad un Collegio di tre medici di decidere a norma e nei limiti delle Condizioni di polizza. Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge.

La proposta di convocare il Collegio Medico deve partire dall'Assicurato o dagli aventi diritto e deve essere fatta per iscritto con l'indicazione del nome del medico designato, dopo di che la Società comunica all'Assicurato il nome del medico che essa a sua volta designa. Il terzo medico viene scelto dalle Parti sopra una terna di medici proposta dai primi due; in caso di disaccordo lo designa il Segretario dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio Medico. Nominato il terzo medico, la Società convoca il Collegio invitando l'Assicurato a presentarsi.

Il Collegio Medico risiede presso la sede del Contraente.

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

La decisione del Collegio Medico è obbligatoria per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

Art. 32 Liquidazione

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquida l'indennità e/o risarcimento dovuto, ne dà comunicazione agli interessati e, avuta la notizia della

loro accettazione, provvede al pagamento. L'indennità viene corrisposta in Italia in valuta corrente.

Il pagamento dovrà avvenire entro 30 giorni dalla restituzione degli atti di liquidazione firmati.

CONDIZIONI PARTICOLARI

Art. 33 Rinuncia alla rivalsa

La Società, a deroga di quanto disposto dell'art. 1916 Codice Civile, rinuncia al diritto di surroga nei confronti dei responsabili degli eventuali sinistri.

Art. 34 Morte presunta

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato, e si presuma sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà ai beneficiari il capitale previsto per il caso Morte. La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termine degli artt. 60 e 62 Codice Civile.

Resta inteso che, se dopo che la Società ha pagato l'indennità, risulterà che l'Assicurato è vivo, la Società avrà diritto alla restituzione della somma pagata.

A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'Invalidità Permanente eventualmente subita.

Art. 35 Ernie traumatiche e da sforzo

A maggior specificità di quanto disposto a tale proposito all' art. Rischi inclusi nell'assicurazione), si conviene che l'assicurazione comprende, limitatamente ai casi di Invalidità Permanente e di Inabilità Temporanea, ove prevista, le ernie da causa violenta, con l'intesa che:

- nel caso di ernia addominale operata o operabile viene riconosciuto l'indennizzo per il solo caso di Inabilità Temporanea fino ad un massimo di 30 giorni;
- nel caso di ernia addominale non operabile secondo parere medico, viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 10% (dieci per cento) della somma assicurata;
- qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio medico, di cui all'art. 31 (Controversie).

Art. 36 Movimenti tellurici

L'assicurazione comprende gli infortuni derivanti da movimenti tellurici.

Art. 37 Esonero denuncia di infermità e difetti

Fermo restando quanto disposto nei precedenti articoli, si dà atto che il Contraente è esonerato dalla denuncia di difetti, infermità o mutilazioni 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 viene liquidata per le sole conseguenze dirette causate dall'infortunio, conformemente a quanto previsto dal presente contratto.

Art. 38 Danni estetici

Si conviene che, in caso di infortunio che abbia cagionato un danno di carattere estetico e lo stesso risulti non altrimenti indennizzabile ai termini del presente contratto, la Società

ricoscerà il rimborso delle spese mediche sostenute dall'Assicurato per la riduzione del danno fino a concorrenza di Euro 10.000,00.= per evento.

Art. 39 Invalidità superiore al 70%

Qualora in conseguenza di un infortunio risarcibile a termini di polizza l'Assicurato riporti una Invalidità Permanente, clinicamente accertata, di grado superiore al 70%, la somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente verrà liquidata nella misura del 100%.

Art. 40 Rischio volo

L'assicurazione è estesa agli infortuni subiti dall'Assicurato durante i viaggi in aereo turistici o di trasferimento, effettuati in qualità di passeggero (ma non come pilota o altro membro dell'equipaggio) su velivoli ed elicotteri da chiunque eserciti, tranne che:

- da società/aziende di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;
- da aereoclubs.

Agli effetti della presente garanzia, il viaggio aereo si intende iniziato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo e terminato nel momento in cui ne discende.

La garanzia è prestata con un limite per sinistro ed anno assicurativo di Euro 5.000.000,00, indipendentemente dal numero degli assicurati colpiti da sinistro.

Art. 41 RC Contraente

Qualora l'Assicurato o i diversi beneficiari non accettino a completa tacitazione dell'infortunio l'indennità dovuta ai sensi del presente contratto ed avanzino verso il Contraente maggiori pretese a titolo di risarcimento di danni per responsabilità civile, detto indennizzo nella sua totalità viene accantonato per essere computato nel risarcimento che il contraente fosse tenuto a corrispondere per sentenza o transazione. Qualora l'infortunato o gli anzidetti beneficiari recedano dall'azione di responsabilità civile o rimangano in essa soccombenti, l'indennizzo accantonato viene agli stessi pagato sotto deduzione – a favore del Contraente – delle spese di causa da lui sostenute. Le disposizioni contenute nel presente articolo potranno non essere applicate su richieste scritte del Contraente.

Art. 42 Colpa Grave

Si precisa che sono compresi in garanzia i danni derivanti dagli eventi garantiti determinati da colpa grave del Contraente o suoi dipendenti.

Art. 43 Rientro Sanitario / Rimpatrio Salma

In conseguenza di infortunio, occorso di una missione di lavoro e rappresentanza per conto dell'Ente, la Società corrisponde il rimborso delle spese sostenute con il limite di € 1.000,00 per ogni assicurato. La garanzia è altresì operante qualora l'infortunio dovesse causare il decesso dell'Assicurato, in tal caso la Società rimborserà per assicurato € 1.000,00 per il rimpatrio della salma.

DICHIARAZIONI

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. 3 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia;

Art. 7 - Recesso in caso di sinistro;

Art. 8 - Durata del contratto;

Art. 10 - Foro competente;

Art. 13 - Assicurazioni presso diversi assicuratori;

Art. 14 - Clausola Broker.