

**POLIZZA DI ASSICURAZIONE
"INFORTUNI PARCO VEICOLI"**

N. _____

STIPULATA TRA



REGIONE BASILICATA

E

La Compagnia Assicuratrice _____

Agenzia di _____

Durata del contratto

Dalle ore 24:00 del	30 aprile 2016
Alle ore 24:00 del	30 aprile 2017
1° rata dalle ore 24:00 del	30 aprile 2016
Alle ore 24:00 del	30 aprile 2017

SOMMARIO

SEZIONE 1 - DEFINIZIONI ED OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	3
Art. 1.1 – Definizioni relative al contratto in generale	3
Art. 1.2 – Definizioni relative all'assicurazione Infortuni	4
Art. 1.3 - Oggetto dell'assicurazione	4
SEZIONE 2 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE.....	5
Art. 2.1 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio	5
Art. 2.2 – Decorrenza della garanzia - Pagamento del premio	5
Art. 2.3 – Assicurazione presso diversi assicuratori	5
Art. 2.4 – Durata dell'assicurazione	5
Art. 2.5 – Cessazione anticipata del contratto	5
Art. 2.6 – Regolazione del premio (ove convenuta)	6
Art. 2.7 – Oneri fiscali	6
Art. 2.8 – Coassicurazione e delega	6
Art. 2.9 – Forma delle comunicazioni	6
Art. 2.10 – Gestione del contratto	6
Art. 2.10 bis – Gestione del contratto in caso di affidamento ai Lloyd's di Londra	7
Art. 2.11 – Rinvio alle norme di legge – Foro competente	7
Art. 2.12 – Trattamento dati	7
Art. 2.13 – Tracciabilità flussi finanziari	7
Art. 2.14 – Interpretazione del contratto	7
Art. 2.15 – Disciplina dell'appalto	7
Art. 2.16 – Legittimazione	7
SEZIONE 3 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI CUMULATIVA.....	8
Art. 3.1 – Rischi inclusi nell'assicurazione	8
Art. 3.2 – Esposizione agli elementi (NON OPERATIVA)	8
Art. 3.3 – Delimitazione della garanzia - Esclusioni	8
Art. 3.4 - Limiti di indennizzo per sinistro cumulativo	9
Art. 3.5 - Limiti territoriali	9
Art. 3.6 – Persone non assicurabili	9
Art. 3.7 – Determinazione del danno - Criteri di indennizzo	9
Art. 3.8 - Obblighi delle Parti Contraenti	10
Art. 3.9 - Responsabilità del Contraente – Equo indennizzo	11
Art. 3.10 – Rischio guerra	11
Art. 3.11 – Danni estetici	11
Art. 3.12 – Rapina, tentata rapina, sequestro di persona	11
Art. 3.13 - Rinuncia alla rivalsa	11
SEZIONE 4 - NORME CHE REGOLANO LA GESTIONE SINISTRI	12
Art. 4.1 – Denuncia dell'infortunio ed obblighi relativi	12
Art. 4.2 - Controversie	12
Art. 4.3 – Informazioni sui sinistri	12
SEZIONE 5 – SOMME ASSICURATE, FRANCHIGIE E CALCOLO DEL PREMIO	13
Art. 5.1 – Categorie e somme assicurate (pro-capite)	13
Art. 5.2 – Franchigie	13
Art. 5.3 – Calcolo del premio	13
Art. 5.4 – Riparto di coassicurazione	13
Art. 5.5 – Disposizione finale	13



SEZIONE 1 - DEFINIZIONI ED OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Art. 1.1 – Definizioni relative al contratto in generale

Contraente Ente Amministrazione Regione Basilicata	Il soggetto che stipula l'assicurazione.
Assicurato	Il soggetto nell'interesse del quale è prestata la garanzia.
Società	La Compagnia Assicuratrice o il gruppo di Compagnie che prestano l'assicurazione.
Broker	L'ATI con la Società Consulbrokers S.p.A. in qualità di capogruppo, specificamente incaricata dal Contraente della assistenza e consulenza nella gestione amministrativa e tecnica del contratto di assicurazione per tutto il tempo della durata della polizza, inclusi proroghe, rinnovi, riforme o sostituzioni.
Assicurazione	Il Contratto di Assicurazione Le garanzie prestate col contratto di assicurazione.
Polizza	Il documento contrattuale che prova l'Assicurazione.
Capitolato Speciale	Il complesso delle norme, rappresentate in polizza, che regolano il rapporto contrattuale.
Garanzia	La copertura dei rischi prestata dal contratto assicurativo.
Indennizzo Indennità Risarcimento	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Somme assicurate	Le somme massime che la Società è obbligata contrattualmente a pagare in caso di sinistro.
Periodo assicurativo Annualità assicurativa	Il periodo pari o inferiore a 12 mesi compreso tra la data di effetto e la data di scadenza o di cessazione dell'assicurazione.
Premio	La somma, comprensiva di imposte, dovuta dal Contraente alla Società.
Rischio	La probabilità che si verifichi il sinistro.
Sinistro	L'evento per il quale è prestata l'assicurazione e dal quale è derivato il danno.
Franchigia	L'importo che, determinato a termini di polizza per ciascun sinistro, viene detratto dall'ammontare del danno e rimane a carico dell'Assicurato.
Scoperto	La percentuale di danno convenuta a carico del Contraente e determinata a termini di polizza per ciascun sinistro.

Art. 1.2 – Definizioni relative all'assicurazione Infortuni

Infortunio	Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, un'invalidità permanente o un'inabilità temporanea.
Beneficiario	La persona fisica o giuridica alla quale la Società deve liquidare l'indennizzo in vaso di infortunio mortale dell'Assicurato
Invalidità permanente	Perdita o diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione svolta.
Inabilità temporanea	Temporanea incapacità ad attendere alle occupazioni professionali dichiarate.
Ricovero	Permanenza in struttura sanitaria / istituto di cura con pernottamento o in day hospital / day surgery.
Struttura Sanitaria / Istituto di cura	Policlinico universitario, ospedale, clinica o casa di cura convenzionata o privata, istituto scientifico, istituto di ricerca e cura, poliambulatori medici, centri diagnostici in Italia e all'estero regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti autorità, al ricovero e/o all'assistenza sanitaria in regime di degenza diurna (day hospital / day surgery) e notturna. Sono comunque esclusi gli stabilimenti termali, le strutture con finalità prevalentemente dietologiche, fisioterapiche, le case di convalescenza e soggiorno, i centri del benessere.

Art. 1.3 - Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni, così come definiti all'art. 1.2 della presente polizza, occorsi ai seguenti gruppi di persone assicurate, alle condizioni tutte della presente polizza e nei limiti di cui alla successiva Sezione 5.:

1.3.a) – Conducente veicoli di proprietà e/o non

L'assicurazione vale per gli infortuni - così come precedentemente definiti, alle condizioni tutte della presente polizza e nei limiti di cui alla successiva Sezione 5 - occorsi al **conducente** dei veicoli identificati nell'elenco di cui al prospetto allegato (di proprietà e/o non) ed alle operazioni rese necessarie in caso di fermata per la ripresa della marcia.

Le garanzie si intendono estese a favore delle **persone di cui sia stato autorizzato il trasporto**.

L'assicurazione non è operante se il conducente non è abilitato alla guida a norma delle disposizioni in vigore, salvo che:

- ⇒ il conducente non è ancora abilitato alla guida, ma è provato il superamento dell'esame teorico-pratico di idoneità alla stessa purché la patente venga successivamente rilasciata;
- ⇒ il conducente guidi con patente scaduta, purché la patente successivamente rinnovata – entro tre mesi dal sinistro - abiliti alla guida del veicolo assicurato, salvo che il mancato rinnovo sia conseguenza esclusiva e diretta delle lesioni fisiche subite dal conducente del veicolo assicurato a causa del sinistro stesso. E' comunque necessario che anche la patente scaduta abilitasse alla guida del veicolo.

Rimane convenuto tra le parti che in caso di successiva inclusione in polizza di nuovi veicoli, oltre quelli indicati nell'elenco allegato devono ritenersi assicurati (conducente e relativi trasportati) con effetto dalla data di richiesta di inclusione, salvo la regolazione di premio da effettuarsi a norma dell'art. 2.6, Sezione 2 della presente polizza, che verrà calcolato in prorata sulla base dei premi offerti in sede di gara. Ai fini della operatività della presente garanzia per i veicoli di successiva inclusione vale quale data di effetto comunicazione anche quella comunicata ai fini della attivazione della collegata polizza "Libro matricola"

☞

SEZIONE 2 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 2.1 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

In deroga agli artt. 1892, 1893 1894 C.C. l'omissione della dichiarazione da parte del Contraente / Assicurato di una circostanza che eventualmente modifichi o aggravi il rischio, così come le inesatte e/o incomplete dichiarazioni all'atto della stipulazione del contratto o durante il corso dello stesso, non pregiudicano il diritto all'indennizzo, sempreché tali omissioni o inesatte dichiarazioni siano avvenute in buona fede, con l'intesa che il Contraente avrà l'obbligo di corrispondere alla Società il maggior premio proporzionale al maggior rischio che ne deriva, con decorrenza dalla data in cui le circostanze aggravanti si sono verificate. Del pari non sarà considerata circostanza aggravante l'esistenza al momento del sinistro della modifica delle attività del Contraente a seguito di variazione della normativa vigente. Nel caso di diminuzione del rischio, la Società è tenuta a ridurre il premio o la parte di premio successivi alla comunicazione del Contraente ai sensi dell'art. 1897 C.C. e rinuncia la relativo diritto di recesso.

Art. 2.2 – Decorrenza della garanzia - Pagamento del premio

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24,00 del giorno indicato in polizza, se il premio è stato pagato; altrimenti ha effetto dalle ore 24:00 del giorno del pagamento.

In ogni caso, a parziale deroga dell'art. 1901 C.C., tenuto conto che il Contraente, per le proprie modalità amministrative, effettua i pagamenti solo tramite ordinativi bancari, preventivamente deliberati dagli uffici competenti, si conviene tra le parti che ogni copertura inerente la presente polizza decorre:

- per la rata iniziale di perfezionamento, dalle ore 24:00 del giorno di decorrenza del contratto indicato in polizza a condizione che l'ordine di pagamento del relativo premio sia fatto dal Contraente entro 60 giorni dalla data di decorrenza della polizza, e venga comunicato alla Società;
- per le rate di premio successive, dalle ore 24:00 del giorno di scadenza della rata a condizione che l'ordine di pagamento del relativo premio sia fatto dal Contraente entro 60 giorni dalla data di scadenza della rata e venga comunicato alla Società;
- per le appendici, dalle ore 24:00 del giorno di decorrenza del titolo, a condizione che l'ordine di pagamento del relativo premio sia fatto dal Contraente entro il 60° giorno dal ricevimento del documento, emesso dalla Compagnia e venga comunicato alla Società;
- per le appendici a premio zero, dalle ore 24:00 del giorno di comunicazione del Contraente al broker o alla Compagnia.

Se il Contraente/Assicurato non paga entro tali termini, l'assicurazione resta sospesa e riprende vigore dalle ore 24,00 del giorno della delibera/determina di pagamento, sempreché ne venga data tempestiva comunicazione alla Società. Effettuato il pagamento, la garanzia verrà ripristinata senza soluzione di continuità anche relativamente al periodo in cui questa è stata sospesa, con esclusione dei sinistri accaduti nel periodo di scopertura, a condizione che gli stessi siano già conosciuti e denunciati dal Contraente/Assicurato. I premi devono essere pagati alla Società per il tramite del Broker, il quale, verificato l'effettivo accredito, provvederà a perfezionare gli adempimenti amministrativi di propria competenza nei confronti della Società [Determinazione n. 8 del 18 novembre 2010 dell'Autorità per la Vigilanza sui contratti Pubblici di Lavori, Servizi e Forniture, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale – Serie Generale n. 284 del 4 dicembre 2010].

Art. 2.3 – Assicurazione presso diversi assicuratori

Il Contraente deve denunciare le eventuali altre assicurazioni che lo stesso avesse in corso o stipulasse per un rischio analogo a quello della presente polizza

Art. 2.4 – Durata dell'assicurazione

Il presente contratto ha la durata e la rateizzazione indicate in frontespizio.

Alla scadenza è facoltà del Contraente richiedere alla Società una proroga massima di mesi tre alle medesime condizioni, per il completamento delle procedure di gara. In tale ipotesi il premio relativo ai periodi di proroga verrà conteggiato in pro rata temporis rispetto al premio annuale in corso. Alla scadenza, il contratto si intenderà cessato senza obbligo di ulteriori comunicazioni. Al Contraente competerà comunque il pagamento di eventuali regolazioni maturate sino alla definitiva scadenza della polizza e dell'eventuale proroga (se previste).

Art. 2.5 – Cessazione anticipata del contratto

La Società ed il Contraente possono recedere anticipatamente dal presente contratto al termine di ciascuna

annualità assicurativa, mediante lettera raccomandata da inviare alla controparte con almeno 90 giorni di preavviso rispetto alla scadenza dell'annualità. Nell'ipotesi in cui una delle parti si avvalga della disdetta anticipata, è facoltà del Contraente di richiedere, entro i 30 giorni precedenti la scadenza dell'annualità assicurativa, una proroga della durata fino a un massimo di sei mesi. In tal caso, la Società avrà il diritto di percepire il rateo di premio relativo alla durata della proroga, da computarsi in pro rata temporis rispetto al premio annuale in corso. Resta convenuto tra le Parti che l'eventuale disdetta intimata dalla Società al presente contratto varrà per la totalità delle polizze costituenti il Lotto con cui il Contraente ha aggiudicato la presente polizza, salvo che il Contraente stesso non richieda, per iscritto, il mantenimento di una o più delle suddette polizze, nel qual caso la Società è tenuta al rispetto degli accordi contrattuali sino alle rispettive scadenze.

Art. 2.6 – Regolazione del premio (ove convenuta)

Qualora il premio viene convenuto in tutto o in parte in base ad elementi di rischio variabile, esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minor durata del contratto, secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio.

A tale scopo entro 90 giorni dalla fine di ogni periodo assicurativo la Società, sulla base delle variazioni intervenute in corso d'annualità, provvederà ad effettuare la regolazione del premio redigendo apposita appendice.

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

Ove il Contraente abbia in buona fede fornito indicazioni inesatte o incomplete, la Società riconoscerà comunque la piena validità del contratto, fatto salvo il suo diritto a richiedere l'eventuale quota di premio competente e non percepita. Tuttavia l'eventuale pagamento dei sinistri sarà automaticamente sospeso fino a quando non sia ripristinata la regolarità amministrativa degli adempimenti suddetti.

Art. 2.7 – Oneri fiscali

Le imposte, le tasse, i contributi, e tutti gli oneri stabiliti dalla legge presenti e futuri, relativi al premio, agli accessori, agli indennizzi alle polizze ed agli atti da esse dipendenti, sono a carico del Contraente, anche se il pagamento è stato anticipato dalla Società.

Art. 2.8 – Coassicurazione e delega

Qualora l'assicurazione è ripartita per quote tra più Compagnie indicate in polizza, ognuna è tenuta alla prestazione in proporzione alla rispettiva quota. Il Contraente dichiara di aver affidato la consulenza ed assistenza nella gestione del presente contratto al Broker, e le Imprese coassicuratrici hanno convenuto di affidarne la delega alla Società indicata in sede di offerta e riportata nel frontespizio della presente polizza; di conseguenza tutti i rapporti relativi alla presente assicurazione saranno intrattenuti dal Contraente o dal Broker direttamente con la Società delegataria che provvederà ad informare le coassicuratrici.

In particolare, tutte le comunicazioni inerenti il contratto ivi comprese quelle relative al recesso ed alla gestione dei sinistri si intendono fatte o ricevute dalla delegataria in nome e per conto di tutte le Imprese coassicuratrici. Queste saranno tenute a riconoscere come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di ordinaria gestione *nonché relativi alla rappresentanza processuale*, fatta soltanto eccezione per l'incasso dei premi di polizza la cui regolazione verrà effettuata dal Contraente per il tramite del Broker direttamente nei confronti di ogni Compagnia coassicuratrice.

La sottoscritta Società delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle Imprese coassicuratrici indicate negli atti contrattuali a firmarli anche in nome e per loro conto. Pertanto la firma apposta dalla Società delegataria sui documenti di assicurazione li rende, ad ogni effetto, validi anche per le quote delle coassicuratrici.

Art. 2.9 – Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni alle quali l'Assicurato ed il Broker sono tenuti devono essere indirizzate alla Direzione per l'Italia della Società oppure all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza.

Tutte le comunicazioni tra le parti debbono essere fatte, per essere valide, per iscritto anche a mezzo utilizzo del telefax.

Art. 2.10 – Gestione del contratto

Ad ogni effetto di legge le parti contraenti riconoscono all'ATI (di seguito denominata Broker) con la Società CONSULBROKERS SPA in qualità di capogruppo, Viale Marconi n. 90 – tel. +39 0971.54732, telefax + 39

0971.472686, il ruolo di cui al D Lgs 209/2005 (ex legge 792/84), per quanto concerne la predisposizione del *Capitolato Speciale* di appalto e la assistenza e consulenza nelle fasi di gara. Il *Broker* fornirà, inoltre, assistenza e consulenza nella esecuzione e gestione delle conseguenti obbligazioni contrattuali (gestione amministrativa e tecnica) per tutto il tempo della durata della *polizza*, compreso rinnovi, riforme o sostituzioni dello stesso contratto assicurativo. Agli effetti delle condizioni normative tutte della presente *polizza*, si conviene espressamente che ogni comunicazione fatta dall'*Assicurato* al *Broker* si intenderà come fatta alla *Società* e alle coassicuratrici, fermo restando quanto previsto al precedente art. 2.2 per quanto attiene alla copertura assicurativa / pagamento del *premio*, come pure ogni comunicazione fatta dal *Broker* alla *Società* delegataria, nel nome e per conto dell'*Assicurato*, si intenderà fatta dall'*Assicurato* stesso.

Art. 2.10 bis – Gestione del contratto in caso di affidamento ai Lloyd's di Londra

Fermo restando quanto espresso nell'articolo precedente, in caso di aggiudicazione ai sottoscrittori Lloyd's di Londra quest'ultimi dovranno indicare, per ogni singola *polizza*/lotto, il loro corrispondente (coverholder) gestore e responsabile delle comunicazioni relative al contratto sottoscritto da e per verso i Lloyd's stessi.

Pertanto:

1. Ogni comunicazione effettuata al Corrispondente/Coverholder dei Lloyd's si considererà come effettuata ai Lloyd's;
2. Ogni comunicazione effettuata dal Corrispondente/Coverholder dei Lloyd's si considererà come effettuata dalla *Società*.

Art. 2.11 – Rinvio alle norme di legge – Foro competente

Per tutto quanto non previsto dalle presenti condizioni dattiloscritte, valgono unicamente le norme del Codice Civile. Si intendono pertanto abrogate tutte le condizioni di assicurazione eventualmente riportate a stampa.

Il Foro competente per qualsiasi controversia si intende esclusivamente quello nella cui giurisdizione è ubicata la sede del Contraente.

Art. 2.12 – Trattamento dati

Ai sensi del D. Lgs. 30 giugno 2003 n. 196, le Parti consentono il trattamento dei dati personali contenuti nella presente polizza o che derivino, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali.

Art. 2.13 – Tracciabilità flussi finanziari

Ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 3 della legge 13 agosto 2010, n. 136 recante "Piano straordinario contro le mafie, nonché delega al Governo in materia di normativa antimafia" la Compagnia aggiudicataria, pena la nullità assoluta del presente contratto, assume, per sé e per i subcontraenti o subappaltatori, gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla suddetta legge.

Art. 2.14 – Interpretazione del contratto

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

Allo stesso modo, l'eventuale discordanza tra le norme contrattuali, le norme di legge e del Codice Civile in materia di assicurazione, verrà risolta sempre nella maniera più favorevole all'Assicurato.

Art. 2.15 – Disciplina dell'appalto

Costituiscono parte integrante e sostanziale della presente polizza tutti i documenti di gara relativi all'aggiudicazione del relativo Lotto, ancorché non allegati.

Art. 2.16 – Legittimazione

La presente polizza viene stipulata dall'Ente a favore degli assicurati. La Pubblica Amministrazione assume, pertanto, la veste di contraente, ovvero della persona giuridica che stipula l'assicurazione, adempie agli obblighi previsti dall'assicurazione stessa ed esercita, di conseguenza tutti i diritti e le azioni nascenti dal presente contratto, anche in via esclusiva, con il consenso degli assicurati stessi anche se qui non formalmente dichiarato.

0380

SEZIONE 3 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI CUMULATIVA

Art. 3.1 – Rischi inclusi nell'assicurazione

Si intendono assicurati anche gli infortuni (a titolo esemplificativo e non esaustivo):

- ◇ derivanti dall'uso e guida di motoveicoli;
- ◇ derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi a parziale deroga dell'art. 1900 del codice civile;
- ◇ derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismo, eventi socio-politici, attentati, aggressioni, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva a parziale deroga dell'art. 1912 del codice civile;
- ◇ derivanti da atti compiuti per dovere di solidarietà umana;
- ◇ derivanti da partecipazione a seguito di mobilitazione o per adesione volontaria al servizio di protezione civile;
- ◇ avvenuti in Italia in tempo di pace durante il servizio militare di leva, il servizio sostitutivo dello stesso ed il richiamo per ordinarie esercitazioni, con esclusione degli infortuni derivanti dallo svolgimento delle attività tipiche di tali servizi;
- ◇ subiti in occasioni di terremoti, eruzioni vulcaniche, alluvioni ed inondazioni, caduta del fulmine ed altri eventi naturali;
- ◇ sofferti in stato di malore, vertigini e incoscienza;
- ◇ derivanti da, colpi di sole o di calore e altre influenze termiche ed atmosferiche;
- ◇ derivanti dalla partecipazione in qualità di passeggero a viaggi su aeromobili o elicotteri in servizio pubblico di linea, o a voli charter e straordinari effettuati, sempre come passeggero, su veivoli eserciti da società di traffico aereo regolarmente abilitate;

Sono comunque equiparati ad infortunio :

- ◇ l'asfissia;
- ◇ il soffocamento;
- ◇ le conseguenze di ingestione o assorbimento di sostanze, compresi l'avvelenamento e le lesioni da contatto con sostanze corrosive;
- ◇ le alterazioni patologiche conseguenti a morsi di animali e punture di insetti escluse la malaria e le malattie tropicali;
- ◇ annegamento, assideramento o congelamento, folgorazione
- ◇ le ernie addominali traumatiche e le lesioni da sforzo;

Art. 3.2 – Esposizione agli elementi (NON OPERATIVA)

omissis

Art. 3.3 – Delimitazione della garanzia - Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti:

- ◆ dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove nonché a partecipazione di regate a vela fuori dal Mare Mediterraneo;
- ◆ dalla guida di: macchine agricole e operatrici; di natanti a motore per uso non privato; di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- ◆ dalla guida ed uso di aeromobili (compresi deltaplani ed ultraleggeri), salvo quanto disposto dal precedente articolo
- ◆ dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme arti marziali in genere, alpinismo oltre il 3° grado, scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, guidoslitta, hockey, skeleton, immersione con autorespiratore, paracadutismo o sport aerei in genere;
- ◆ dalla partecipazione a competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- ◆ da ubriachezza alla guida di mezzi da locomozione, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- ◆ da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- ◆ da guerra, insurrezioni, limitatamente al territorio della Repubblica Italiana, della Città Del Vaticano e della Repubblica di San Marino

- ◆ da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche;
- ◆ da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio.

Art. 3.4 - Limiti di indennizzo per sinistro cumulativo

In caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più Assicurati con la presente polizza, l'esborso a carico della Società non potrà superare complessivamente € 5.200.000,00, intendendosi proporzionalmente ridotto l'indennizzo per ciascun Assicurato qualora le somme liquidabili a termini di polizza eccedano detto importo.

Art. 3.5 - Limiti territoriali

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 3.6 – Persone non assicurabili

Premesso che la Società, qualora fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da alcolismo, tossicodipendenza, diabete in terapia con insulina, AIDS e sindromi correlate, epilessia o da una delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici e/o paranoici, forme maniaco-depressive, non avrebbe consentito a prestare l'assicurazione, laddove una o più delle malattie sopra richiamate insorgano nel corso del contratto, si applicano le disposizioni dell'art. 1898 del codice civile, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato

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

Art. 3.7 – Determinazione del danno - Criteri di indennizzo

L'assicurazione prevede l'indennizzo dei seguenti casi:

3.7.1 Morte

La Società liquida la somma assicurata ai beneficiari se l'assicurato, in conseguenza di infortunio muore entro due anni dal giorno stesso dell'infortunio. L'indennizzo non è cumulabile con quello di 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, la Società corrisponde ai beneficiari la differenza tra l'indennizzo pagato e la somma assicurata per il caso di morte, ove questa sia maggiore.

Morte Presunta

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza il corpo dell'Assicurato scompaia o non venga ritrovato e si presume sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà ai beneficiari designati in polizza il capitale previsto per il caso di morte. La liquidazione, sempre che non siano nel frattempo emersi elementi tali da rendere il danno non indennizzabile, non avverrà prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta proposta a termini degli art. 60 e 62 del Codice Civile.

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

A restituzione avvenuta da parte dell'Assicurato dell'intera somma liquidata, l'Assicurato stesso avrà così diritto all'indennizzo spettante ai sensi di polizza per altri casi eventualmente assicurati.

3.7.2 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 un'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 approvata con DPR 1124/65, con rinuncia all'applicazione della franchigia relativa prevista.

Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente non è trasmissibile a beneficiari, eredi o aventi causa. Tuttavia, se l'infortunato muore per cause indipendenti dalle lesioni subite, dopo che l'indennizzo per invalidità permanente sia stato liquidato o comunque offerto in misura determinata, la Società paga ai beneficiari l'importo liquidato od offerto.

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'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti.

In caso di constatato mancinismo, le percentuali di invalidità permanente stabilite dal contratto per l'arto superiore destro e la mano destra, varranno per l'arto superiore sinistro e la mano sinistra e viceversa.

Qualora l'invalidità sia totale o di grado superiore al 50% verrà liquidato l'intero massimale.

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

3.7.3 Spese di cura

In caso di infortunio rientrante nella garanzia prestata, anche se non determinante la morte o un'invalidità permanente, la Società, rimborsa all'assicurato, – **semprechè previste alla Sezione 5 della presente polizza** - le spese sostenute per :

a) in caso di ricovero in struttura sanitaria:

- onorari dei medici e dei chirurghi, degli assistenti e degli anestesisti ;
- diritti di sala operatoria, materiali di intervento, accertamenti diagnostici ;
- rette di degenza in ospedale o clinica a seguito di ricovero prescritto dal medico curante ;
- trasporto all'ospedale o clinica su ambulanze e/o mezzi speciali di soccorso, nella misura del 70% ;
- nei 60 gg. prima del ricovero per accertamenti diagnostici, visite specialistiche;
- nei 120 gg. successivi alla dimissione, per accertamenti diagnostici, visite specialistiche, trattamenti riabilitativi in genere.

b) in caso di cura in regime ambulatoriale senza ricovero per:

- accertamenti diagnostici, visite specialistiche, trattamenti riabilitativi in genere;
- trasporto all'ospedale o clinica su ambulanze e/o mezzi speciali di soccorso

Le spese di cui al presente comma sono rimborsate nella misura del 70%, restando il rimanente 30% a carico dell'assicurato.

3.8.4 Inabilità temporanea

In caso di inabilità temporanea, la Società, liquida all'assicurato – **semprechè prevista alla Sezione 5 della presente polizza** - la somma assicurata :

1. integralmente, per tutto il tempo in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità di attendere alle occupazioni dichiarate ;
2. parzialmente, per tutto il tempo in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte di attendere alle sue occupazioni, in relazione al grado che egli ha conservato o che è andato riacquistando della sua capacità fisica;

L'indennizzo è corrisposto per un periodo massimo di 300 giorni l'anno

L'indennizzo per inabilità temporanea è cumulabile con quello per morte o per invalidità permanente

3.7.5 Diaria di ricovero

In caso di ricovero in ospedale o altro luogo di cura reso necessario da infortunio, la Società corrisponde all'assicurato - **semprechè prevista alla Sezione 5 della presente polizza** - l'indennità giornaliera per ciascun giorno di ricovero, così come identificato alle "definizioni", con esclusione del giorno di dimissione, e con il massimo di 180 giorni per ogni infortunio.

In caso di day hospital la suddetta corresponsione viene ridotta del 50%.

Ogni richiesta di rimborso deve essere corredata dalle ricevute originali di spesa.

Art. 3.8 - Obblighi delle Parti Contraenti

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità degli assicurati.

Per l'identificazione di tali persone, si farà riferimento alle evidenze ed alle registrazioni del Contraente.

Tali registri od altri documenti equipollenti dovranno essere tenuti dal Contraente costantemente aggiornati e messi a disposizione, in qualsiasi momento, del personale incaricato dalla Società di effettuare accertamenti e controlli.

L'assicurazione vale altresì nel caso di temporanea utilizzazione, da parte del Contraente, dell'Assicurato in mansioni diverse da quelle dichiarate in polizza. In tal caso l'assicurazione sarà ugualmente operante purché tali mansioni rientrino nella normale attività del Contraente.

Gli Assicurati possono quindi svolgere attività di tirocinio di tipo manuale, sempre sotto la supervisione dei tutor; ed il Contraente ha facoltà di destinarli in qualunque struttura dell'Ente, come pure temporaneamente presso terzi, senza bisogno di denunciare in via preventiva l'eventuale cambiamento delle mansioni.

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della denuncia delle infermità, difetti fisici o mutilazioni da cui fossero affetti



gli Assicurati al momento della stipulazione della presente polizza o che dovessero in seguito sopravvenire, fermo restando il disposto dell'art. "Determinazione del danno, criteri di indennizzo".

Art. 3.9 - Responsabilità del Contraente – Equo indennizzo

Qualora il contraente, suoi congiunti o dipendenti, siano ritenuti responsabili dell'infortunio, il Contraente ha diritto di imputare, nel risarcimento dovuto all'assicurato o suoi aventi diritto, l'indennità pagata dalla società. In ogni caso, gli importi liquidati in base alla presente polizza saranno detratti dalle somme eventualmente spettanti a titolo di equo indennizzo per lo stesso evento.

Art. 3.10 – Rischio guerra

A parziale deroga di quanto previsto al precedente art. 3.4, l'assicurazione si intende estesa agli infortuni occorsi all'estero derivanti dallo stato di guerra, per un periodo massimo di quattordici giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici e non ne prenda parte.

Art. 3.11 – 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 riconoscerà il rimborso delle spese mediche effettivamente sostenute dall'Assicurato per la riduzione del danno fino alla concorrenza di € 3.500,00 per evento.

Art. 3.12 – Rapina, tentata rapina, sequestro di persona

Resta convenuto che se l'Assicurato muore in conseguenza di rapina, tentata rapina o sequestro di persona, la Società corrisponde il doppio della somma assicurata per il caso Morte. Resta convenuto che, indipendentemente dall'indennità assicurata, il maggior indennizzo non potrà, in ogni caso, superare l'importo di € 50.000,00.

Art. 3.13 - Rinuncia alla rivalsa

La società dichiara di rinunciare a favore del Contraente all'azione di surroga prevista dall'art. 1916 del codice civile.

☺

SEZIONE 4 - NORME CHE REGOLANO LA GESTIONE SINISTRI

Art. 4.1 – Denuncia dell’infortunio ed obblighi relativi

I sinistri devono essere denunciati alla Società per il tramite del Broker al più presto possibile e comunque non oltre 30 giorni da quando l'Ufficio competente del Contraente ne ha avuto notizia.

Le denunce inviate entro 30 giorni dalla data di scadenza della polizza saranno regolarmente accettate dalla Società.

Nella denuncia, sottoscritta anche dall'assicurato, dovranno essere specificati :

- generalità dell'infortunato e la sua qualifica nei confronti del Contraente
- generalità degli eventuali trasportati e la loro qualifica nei confronti del Contraente;
- luogo, giorno, ora e descrizione dell'evento
- cause che concorsero alla sua determinazione
- nominativi di eventuali testimoni o, comunque, indicazioni che consentano una idonea ricostruzione dell'accaduto.

Dovrà inoltre essere inviata certificazione medica, non appena disponibile.

Quando l'evento abbia causato la morte dell'assicurato o quando questa sia intervenuta durante il periodo di cura, deve essere dato tempestivo avviso alla Società. In ogni caso, spettando al danneggiato o ai suoi aventi diritto, l'onere della prova, si intende che, in ordine all'ottenimento dell'indennizzo, dovrà essere loro cura provvedere in modo da consentire un completo accertamento del danno.

La Società si impegna a dare tempestiva comunicazione al Contraente dell'avvenuta definizione o a fornire le eventuali motivazioni del rifiuto.

Art. 4.2 - Controversie

In caso di disaccordo sul diritto all'indennizzo, le parti si obbligano a conferire, per iscritto, mandato di decidere se ed in quale misura sia dovuto l'indennizzo, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un collegio di tre medici, nominato uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Collegio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio.

Il Collegio medico risiede nel comune, sede di istituti di medicina legale, più vicini alla 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 per il 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 rifiuti di firmare il relativo verbale.

Art. 4.3 – Informazioni sui sinistri

La Società assicuratrice si impegna ed obbliga a fornire al Contraente, con cadenza semestrale, il dettaglio aggiornato dei sinistri, indicando:

- il n. attribuito al sinistro
- la data di accadimento dell'evento, la tipologia dell'evento e la data dell'eventuale chiusura della pratica per liquidazione o per motivo diverso
- data dell'apertura di sinistro
- estremi identificativi dell'infortunato
- importo liquidato (e relativa data di pagamento) e/o riservato e/o stimato
- motivazioni a base della eventuale chiusura del sinistro senza seguito
- stato della pratica

Il monitoraggio deve essere fornito progressivamente, cioè in modo continuo ed aggiornato, dalla data di accensione della polizza fino a quando non vi sia l'esaurimento di tutte indistintamente le pratiche.

La documentazione di cui sopra dovrà essere fornita, al Contraente, preferibilmente mediante supporto informatico utilizzabile per le dovute elaborazioni statistiche (foglio elettronico tipo excel).

Gli obblighi precedentemente descritti non potranno impedire al Contraente di richiedere ed ottenere ulteriori situazioni sinistri, con le stesse modalità di cui sopra, anche durante il periodo assicurativo, con preavviso di giorni 30 e dati aggiornati almeno a 15 giorni prima.

La Società dovrà, con cadenza annuale, continuare a rendere i dati previsti anche dopo la cessazione del contratto, sino alla completa definizione di tutti i sinistri.

SEZIONE 5 – SOMME ASSICURATE, FRANCHIGIE E CALCOLO DEL PREMIO

Art. 5.1 – Categorie e somme assicurate (pro-capite)

Rif. Art.	Categoria	Morte ⁽¹⁾	Invalità Permanente ⁽¹⁾	Inabilità Temporanea	Spese di cura
1.3	Conducenti e trasportati dei veicoli indicati in allegato	260.000,00	350.000,00	NO	15.000,00

⁽¹⁾ L'esposizione massima della Società per singolo veicolo, indipendentemente dalle persone coinvolte, è fissato in:

Autovetture € 1.560.000,00
 Autobus € 2.600.000,00

Art. 5.2 – Franchigie

Rif. Art.	Categoria	Invalità Permanente	Inabilità Temporanea	Spese di cura
1.3	Conducenti e trasportati dei veicoli indicati in allegato	NO	//	NO

Art. 5.3 – Calcolo del premio

Vedi scheda di offerta - Il premio anticipato dalla Contraente viene così calcolato:

Parametri	Preventivo (salvo conguaglio a fine annualità ass.va)	Premio imponibile annuo unitario per veicolo	Premio imponibile annuo complessivo
n. veicoli come da tabella allegata	n.	€	€
		Imposte	€
		Premio lordo annuo complessivo	€

Rimane convenuto tra le parti che in caso di inclusione in polizza di nuovi veicoli oltre quelli indicati nell'elenco allegato al Capitolato, i conducenti degli stessi, al pari dei soggetti di cui sia stato autorizzato il trasporto, devono ritenersi assicurati con effetto dalla data di comunicazione di inclusione, salvo la regolazione di premio da effettuarsi a norma dell'art. 2.6, Sezione 2 della presente polizza, che verrà calcolato in prorata sulla base dei premi finiti espressi nel presente articolo.

Art. 5.4 – Riparto di coassicurazione

Il rischio di cui alla presente polizza viene ripartito tra le seguenti Imprese secondo le percentuali indicate:

Società	Agenzia	Percentuale di ritenzione
(delegataria)		

Art. 5.5 – Disposizione finale

Resta convenuto che si intendono operanti solo le norme elencate e descritte nella presente polizza nelle Sezioni dalla n. 1 alla n. 5 comprese.

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

Il Contraente

La Società



Agli effetti dell'art. 1341 del C.C., la Società ed il Contraente dichiarano di approvare espressamente le seguenti clausole contrattuali:

- 2.1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio
- 2.2 Decorrenza della garanzia - Pagamento del premio
- 2.3 Assicurazione presso diversi assicuratori
- 2.5 Cessazione anticipata del contratto
- 2.10 Gestione del contratto
- 2.10 bis Gestione del contratto in caso di affidamento ai Lloyd's di Londra
- 2.11 Rinvio alle norme di legge - Foro competente
- 2.14 Interpretazione del contratto
- 2.15 Disciplina dell'appalto
- 2.16 Legittimazione
- 3.7 Determinazione del danno – Criteri di indennizzo
- 3.8 Obblighi delle Parti Contraenti
- 4.2 Controversie
- 4.3 Informazione sui sinistri
- 5.2 Franchigie
- 5.5 Disposizione finale

Il Contraente

La Società



Il Contraente

La Società