



Azienda Servizi Pubblici S.p.A.

Capitolato

Polizza di Assicurazione

INFORTUNI

Si conviene fra le Parti che le norme dattiloscritte qui di seguito annullano e sostituiscono integralmente tutte le condizioni riportate a stampa nella modulistica utilizzata dall'Assicuratore in aggiunta al presente capitolato di polizza, per cui le stesse si devono intendere abrogate e prive di qualsiasi effetto.

I moduli prestampati della Società, allegati al presente capitolato di polizza, benché sottoscritti dal Contraente, valgono esclusivamente per i dati identificativi riferiti al Contraente, al conteggio del premio, alla durata contrattuale, al trattamento dei dati personali, nonché per l'indicazione delle eventuali quote di coassicurazione.

LOTTO n. 6

DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intendono:

per ASSICURAZIONE:

Il contratto di assicurazione;

per ATTIVITA'

Quella svolta in qualità di Società per Azioni a capitale misto pubblico-privato (che opera attualmente nei settori: Farmacie pubbliche, Istituti per Trattamenti Estetici non soggetti a controllo medico, Mense Scolastiche, Servizio Scuolabus, Gestione di Asili Nido, Servizio di Assistenza ai minori portatori di Handicap, Servizio di Accoglienza e Assistenza degli immigrati, Servizio di Pulizie e Servizio Pubblicità e Affissioni) 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.

per POLIZZA:

Il documento che prova l'assicurazione;

per CONTRAENTE:

Azienda Servizi Pubblici SpA denominato anche Ente

per ASSICURATO:

Tutti i Soggetti (dipendenti e non dipendenti), come meglio individuati nelle sezioni di polizza, quando agiscono nell'ambito o per conto dell'Ente che stipula la polizza;

per SOCIETA'/IMPRESA/COMPAGNIA:

L'Impresa assicuratrice;

per BROKER

La Mediazioni Assicurative S.r.l.

per PREMIO:

La somma dovuta dal Contraente alla Società;

per RISCHIO:

La probabilità che si verifichi il sinistro;

per SINISTRO:

Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa;

per INDENNIZZO:

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro

per RISCHIO IN ITINERE:

la garanzia prestata per gli infortuni subiti dagli assicurati durante il tragitto casa o luogo in cui trovano - posto di lavoro e viceversa, nonché quelli subiti per servizio durante il tragitto per recarsi sul luogo di lavoro (attraverso un percorso compatibile per raggiungere il luogo stesso), sia a piedi sia mediante qualsiasi mezzo di trasporto pubblico e/o privato, sono compresi gli infortuni avvenuti nell'atto di salire o scendere dai mezzi usati.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1 - DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

La Società presta la garanzia in base alle dichiarazioni fornite dal Contraente/Assicurato, che pertanto deve manifestare tutte le circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio. Dichiarazioni inesatte o reticenze possono comportare sia il mancato risarcimento del danno o un risarcimento ridotto, sia il recesso dalle garanzie, secondo quanto previsto dagli articoli 1892 e 1893 del Codice Civile.

Art. 2 - DECORRENZA E DURATA DELL'ASSICURAZIONE

A parziale deroga dell'Art. 1901 del Codice Civile, il Contraente è tenuto al pagamento del premio, relativo ad ogni Sezione assicurata, entro 60 giorni dalla data di decorrenza dell'assicurazione delle rispettive Sezioni, altrimenti la garanzia si interrompe alle ore 24:00 del sessantesimo giorno dalla data di decorrenza di ogni Sezione e verrà riattivata dalle ore 24:00 del giorno del pagamento.

Se il Contraente non paga il premio per le rate successive entro il 60° giorno dalla scadenza, la garanzia resta sospesa dalle ore 24:00 del sessantesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24:00 del giorno del pagamento del premio, ferme restando le scadenze successive.

L'assicurazione decorre:

- dalle ore 24:00 del 31/03/2018 alle ore 24:00 del 31/03/2020

Tuttavia, a richiesta del Contraente, verrà concessa proroga fino a quattro mesi. In tale ipotesi il premio relativo al periodo di proroga verrà conteggiato sulla base del tasso applicato in rapporto al periodo effettivo di assicurazione.

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

- L'Assicurazione conserva la propria validità anche durante tutto il decorso delle eventuali verifiche effettuate dal Contraente ai sensi del D.M.E.F. del 18-01-2008 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.

L'Assicurazione è altresì operante fino al termine delle verifiche e dei controlli che il Contraente deve effettuare in capo all'aggiudicatario della presente polizza circa il possesso di tutti i requisiti di partecipazione richiesti nel bando e nel disciplinare di gara, nonché quelli richiesti dalle vigenti disposizioni normative per la stipula dei contratti con le Pubbliche Amministrazioni, ex artt. 11 e 12 del D.Lgs. 163/2006 e ss.mm.ii., anche qualora dette verifiche e controlli eccedessero temporalmente rispetto ai termini di mora previsti nel presente articolo in relazione al pagamento della prima rata. Le rate di premio successive alla prima devono essere pagate entro i sessanta giorni dopo quello della scadenza. Se il Contraente non paga le rate successive entro tali termini l'assicurazione resta sospesa e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.

Art. 3 – GESTIONE DELLA POLIZZA

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia degli assicurati. Per l'identificazione di tali soggetti e per il computo del premio faranno fede i registri e/o gli atti amministrativi e/o altri documenti equipollenti tenuti dal Contraente.

CATEGORIE E CAPITALI ASSICURATI

La copertura assicurativa sarà prestata sulle Retribuzioni e sarà regolata come segue :

L'assicurazione di cui alla presente polizza è prestata per ciascuna persona alle dipendenze del Contraente appartenente alla categoria di seguito indicata, fino alla concorrenza delle seguenti somme:

A) AMMINISTRATORI, DIRIGENTI, FUNZIONARI E DIPENDENTI ESCLUSO IL PERSONALE OPERANTE IN FARMACIA

in caso di morte: per una somma corrispondente a 5 volte la retribuzione annua, con il massimo assicurato di Euro 500.000,00=

in caso di invalidità permanente fino ad una somma corrispondente a 6 volte la retribuzione annua con il massimo assicurato di Euro 500.000,00=

A1. STIPULA IN BASE ALL'AMMONTARE DELLE RETRIBUZIONI

Agli effetti assicurativi, per retribuzione di fatto s'intende tutto quanto, al lordo delle ritenute, il dipendente effettivamente riceve, a compenso delle sue prestazioni, comprese le indennità fisse, i premi, le ratificazioni, i compensi speciali di qualsiasi natura (escluso quanto corrisposto a titolo di rimborso spese), quando pure abbiano carattere transitorio o di contingenza, la partecipazione agli utili e le provvigioni, nonché l'equivalente indennario di tutte le corresponsioni in natura purché sul tutto sia conteggiato o conteggiabile il premio di assicurazione. Per liquidazione delle indennità è considerata retribuzione di fatto annua dell'infortunato quella percepita nei 12 mesi precedenti a quella in cui si è verificato l'infortunio. A tale ammontare si aggiungeranno le somme relative a retribuzioni non pagabili ricorrentemente in ciascun mese e corrisposte effettivamente all'infortunato nei 12 mesi precedenti per i titoli di cui sopra, purché su tali somme sia conteggiato o sia conteggiabile il premio di assicurazione.

Per i dipendenti che non abbiano raggiunto il mese di servizio e per quelli assunti temporaneamente, per liquidazione delle indennità è considerata retribuzione annua dell'infortunato quella che si ottiene moltiplicando per 365 la retribuzione giornaliera media attribuibile all'infortunato per il periodo di tempo decorrente dall'assunzione in servizio fino al giorno dell'infortunio.

Tutti i registri o altri documenti equipollenti dovranno essere tenuti dal Contraente costantemente aggiornati.

In caso di sinistro o ai fini della regolazione del premio di cui all'Art.4, la Compagnia aggiudicataria della presente polizza di assicurazione potrà richiedere di effettuare accertamenti e controlli sui registri suddetti, previa richiesta scritta da inviare al Contraente, il quale si impegna a fornire in visione tutti i registri suddetti nel più breve tempo possibile, compatibilmente con le esigenze istituzionali dell'Ente stesso.

B) PERSONALE OPERANTE IN FARMACIA (DIRIGENTI, FUNZIONARI E DIPENDENTI)-

In caso di Morte: Euro 150.000,00=(centocinquantamila/00)

In caso di Invalidità Permanente: Euro 250.000,00=(duecentocinquantamila/00)

Indennità Giornaliera da Ricovero: Euro 70,00=(settanta/00)

B1. STIPULA IN BASE AL NUMERO DEGLI ASSICURATI

Il premio minimo anticipato annuale della polizza è fissato in relazione ai seguenti parametri provvisori:

Il numero del Personale operante in Farmacia è uguale a 64 (numero) unità.

Art. 4 - REGOLAZIONE DEL PREMIO

Il premio minimo anticipato annuale della polizza è fissato in relazione agli elementi variabili di cui al punto A1) e B1). Alla fine di ciascuna annualità di polizza, entro il termine di 90 giorni, il Contraente comunicherà alla Società assicuratrice, al fine di procedere alla regolazione del premio, i dati effettivi degli elementi variabili presi in considerazione per il calcolo del premio. Le differenze, attive o passive

risultanti dalla regolazione devono essere pagate entro 30 giorni dalla relativa comunicazione da parte della Compagnia. Per quanto superfluo si precisa che dall'ammontare delle retribuzioni annue di cui al punto A1) saranno detratte quelle erogate a favore dei soggetti assicurati al punto B).

Se nel termine di scadenza di cui sopra il Contraente/Assicurato non fa luogo alle anzidette comunicazioni circa la regolazione dei premi, oppure non paga la differenza attiva del premio dovuto nei termini indicati, la garanzia non viene sospesa, ma resta in vigore solo per la somma che si ottiene per ogni categoria assicurata dal rapporto che esiste tra il premio pagato e la somma che il Contraente/Assicurato avrebbe dovuto pagare.

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 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

Art. 6 - VARIAZIONI DI RISCHIO

Il Contraente ha l'obbligo di dare immediata comunicazione scritta di ogni variazione che intervenga a modificare ogni elemento del rischio. Se la variazione implica la diminuzione del rischio la Società provvederà a ridurre il premio in proporzione a partire dalla scadenza annuale successiva alla comunicazione fatta dall'Assicurato/Contraente e a rimborsare il premio al netto delle imposte pagato e non goduto fermo il premio minimo comunque acquisito dalla Società

Se la variazione implica aggravamento del rischio la Società ha facoltà di recedere dal contratto con preavviso di 90 giorni o di proseguire nel contratto con apposito atto di variazione.

Art. 7 - LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione vale per il mondo intero. L'inabilità temporanea, al di fuori dell'Europa, è indennizzabile limitatamente al periodo di ricovero ospedaliero, tale limitazione cessa dalle ore 24 del giorno di rientro in Europa dell'Assicurato.

Art. 8 - ESONERO DENUNCIA ALTRE ASSICURAZIONI

L'Assicurato è esonerato dall'obbligo di denunciare le altre eventuali assicurazioni che avesse in corso o stipulasse con altre Società.

Art. 9 - FORMA DELLE COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente è tenuto, devono essere fatte con lettera raccomandata indirizzata alla Sede Territoriale della Società oppure al Broker a cui è assegnata la polizza.

Analoga procedura adotta la Società nei confronti del Contraente.

Art. 10 - LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO

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 italiana.

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

Art. 11 - RECESSO DAL CONTRATTO

Alla fine di ogni periodo assicurativo annuo le parti possono recedere dal contratto con preavviso di 60 giorni a mezzo lettera raccomandata A.R..

Art. 12 - ONERI FISCALI

Le imposte e gli altri oneri stabiliti per legge, presenti e futuri, relativi al premio, alla polizza ed agli atti da essa dipendenti, sono a carico del Contraente.

Art. 13 - FORO COMPETENTE

In caso di controversia giudiziale il Foro competente è quello del luogo ove ha sede il Contraente. Tutte le controversie giudiziali tra i dipendenti del Contraente, beneficiari della polizza, e la Società assicuratrice saranno di competenza dell'Autorità Giudiziaria.

Art. 14 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non é qui diversamente regolato valgono le vigenti norme di Legge.

Art. 15 - AGGIUDICAZIONE DELLA GARA

Ai fini della formulazione dell'offerta economica, le Compagnie di assicurazione partecipanti alla gara dovranno compilare il modulo allegato al presente capitolato. L'aggiudicazione sarà pronunciata in favore della Compagnia di assicurazione che avrà offerto il premio lordo annuo complessivo più basso.

Art. 16 - COASSICURAZIONE E DELEGA

Qualora la Compagnia aggiudicataria, all'atto della stipula del contratto, dichiara di voler ricorrere all'Istituto della coassicurazione, il Contraente accetta a condizione che la Compagnia delegataria deroghi all'Art. 1911 C.C., rispondendo cioè in solido nei confronti dell'Assicurato per tutte le coassicuratrici presenti nel riparto. 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.

Art. 17 - CLAUSOLA BROKER

Ad ogni effetto di legge le Parti contraenti riconoscono alla Mediazioni Assicurative S.r.l. (in seguito detta più semplicemente Broker) il ruolo di cui al D.L.gs. 209/2005 ex legge n. 792/84, relativamente alla conclusione ed alla gestione della presente assicurazione e per tutto il tempo della durata, incluse proroghe, rinnovi, riforme o sostituzioni.

In conseguenza di quanto sopra si conviene espressamente:

- che il Broker, nell'ambito della normativa richiamata, sia responsabile della rispondenza formale e giuridica dei documenti contrattuali nonché della legittimità della sottoscrizione degli stessi da parte della Società;
- di riconoscere che tutte le comunicazioni che, per legge o per contratto, l'assicurato è tenuto a fare alla Società, si intendono valide ed efficaci anche se notificate al Broker;
- di riconoscere validità, ed inopponibilità, a tutte le comunicazioni fatte al Broker, limitatamente a quelle - o alle sole parti di esse - che abbiano per oggetto la tutela di interessi dell'Assicurato;
- che il pagamento dei premi dovuti alla Società, per qualsiasi motivo relativo alla presente assicurazione venga effettuato dall'Assicurato al Broker che provvederà alla loro rendicontazione secondo gli accordi vigenti con la Società Delegataria e/o con ciascuno degli eventuali coassicuratori, rilasciando, per espressa autorizzazione della Società, ampia e liberatoria quietanza di saldo delle somme ricevute: a tal uopo la Società aggiudicataria solleva l'Ente Appaltante da ogni e qualsiasi responsabilità rinveniente da tale procedura.
- che la gestione dei sinistri, fino a che non diventino vertenze legali, venga curata per conto dell'Assicurato dal Broker.

Art.18 - OBBLIGO DI FORNIRE I DATI DELL'ANDAMENTO DEL RISCHIO

Con periodicità semestrale l'Impresa s'impegna a fornire al Contraente, entro il termine di quarantacinque giorni, i dati afferenti l'andamento del rischio, in particolare il rapporto sinistri a premi riferito all'esercizio trascorso, sia in via aggregata che disaggregata, onde consentire al Contraente di predisporre, con cognizione, le basi d'asta ed alle Imprese offerenti, in ipotesi di gara, di effettuare le proprie offerte su dati tecnici personalizzati.

Art.19 - INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO

In assenza di accordo fra le parti, le clausole del contratto s'interpretano in maniera più favorevole al Contraente e/o Assicurato.

Art.20-TRACCIABILITA' DEI FLUSSI FINANZIARI

Le parti:

-L'assicuratore ai sensi e per gli effetti dell'art. 3, comma 7, Legge 136/2010 s.m.i., si impegna a comunicare sia al broker, intermediario dei premi ai sensi della apposita "clausola broker", sia allastazione appaltante, gli estremi identificativi dei conti correnti dedicati di cui al comma 1 della medesima Legge, entro sette giorni dalla loro accensione, o nel caso di conti correnti già esistenti, dalla loro prima utilizzazione in operazioni finanziarie relative alla commessa pubblica, nonché, nello stesso termine, le generalità ed il codice fiscale delle persone delegate ad operare su di essi. L'assicuratore si impegna, altresì, a comunicare ogni eventuale variazione relativa ai dati trasmessi.

- Il broker ai sensi e per gli effetti dell'art. 3, comma 7, Legge 136/2010 s.m.i., si impegna a comunicare alla stazione appaltante ogni eventuale variazione relativa ai dati trasmessi.

Il presente contratto, si intenderà risolto di diritto nel caso in cui le transazioni dovessero essere eseguite senza avvalersi di banche o della società Poste Italiane S.p.a. ovvero con altri strumenti di pagamento idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni.

L'appaltatore, il subappaltatore o il subcontraente che ha notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria di cui al presente articolo ne da' immediata comunicazione alla stazione appaltante e alla prefettura-ufficio territoriale del Governo della provincia ove ha sede la stazione appaltante o l'amministrazione concedente.

CLAUSOLE VESSATORIE

Agli effetti dell'art. 1341 del Codice Civile il Contraente sottoscritto dichiara di approvare specificatamente le disposizioni degli articoli seguenti delle Condizioni Generali di Assicurazione:

- Art. 2) - Decorrenza e durata dell'assicurazione.
- Art. 4) - Regolazione del premio
- Art. 7) - Limiti territoriali
- Art.11) - Disdetta
- Art.13) - Foro competente
- Art.16) - Coassicurazione e delega
- Art.17) - Broker
- Art.19) - Interpretazione del contratto

L'Impresa

Il Contraente

.....

.....

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN PARTICOLARE

INFORTUNI CUMULATIVA

Le norme 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 particolare, le norme che regolano l'assicurazione in generale e le norme del Codice Civile sui contratti di assicurazione, verrà risolta sempre nella maniera più favorevole al Contraente e/o agli Assicurati.

Art.21 - DEFINIZIONE DI INFORTUNIO

E' considerato infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Art.22 - DELIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

Ai sensi della presente polizza sono considerati infortuni anche:

- annegamento;
- folgorazione;
- colpi di sole, di calore e di freddo effetto delle influenze termiche ed atmosferiche;
- congelamento o assideramento;
- asfissia, soffocamento da ingestione di solidi e liquidi e comunque di qualunque corpo estraneo;
- avvelenamenti, intossicazioni e lesioni derivanti da ingestione di sostanze;
- conseguenze delle punture di insetti o di aracnidi e morsi di animali.

Sono altresì inclusi gli infortuni derivanti da:

- inondazioni, alluvioni, allagamenti;
- caduta del fulmine, eruzioni vulcaniche, movimenti tellurici e altre forze della natura;
- scioperi, tumulti popolari, sommosse, attentati, aggressioni e violenze, atti vandalici e dolosi, terrorismo e sabotaggio, sempreché originati da terzi;
- danni estetici conseguenti ad infortunio;
- stato di malore o di incoscienza;
- imprudenza, negligenza o colpa grave dell'Assicurato stesso;
- le ernie addominali da sforzo e gli strappi muscolari derivanti da sforzo;
- l'infarto insorto a seguito di infortunio sul lavoro.

Art.23 - RISCHIO VOLO

L'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi in aereo, turistici o di trasferimento, effettuati in qualità di passeggero, su velivoli od elicotteri da chiunque esercitati tranne che:

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

Il viaggio aereo s'intende iniziato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso.

Il cumulo delle somme assicurate di cui alla presente polizza e di altre assicurazioni da chiunque stipulate a favore degli stessi Assicurati per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni individuali e cumulative non può superare i capitali di:

per persona:

- EURO 775.000,00 per morte;
- EURO 260.000,00 per invalidità permanente;
- EURO 5.200,00 per rimborso spese di cura;
- EURO 100,00 giornaliero per inabilità temporanea.

complessivamente per aeromobile:

- EURO 5.200.000,00 per Morte;
- EURO 5.200.000,00 per Invalidità Permanente;
- EURO 50.000,00 per rimborso spese di cura;
- EURO 6.000,00 al giorno, per un massimo di 365 giorni, per Inabilità Temporanea.

In detta delimitazione per aeromobile rientrano anche le somme riferentesi ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze infortuni comuni cumulative stipulate dallo stesso Contraente. Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedano gli importi sopraindicati, le indennità spettanti in caso di sinistro sono adeguate con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti.

Art.24 - ESCLUSIONI

Sono esclusi gli infortuni derivanti:

- a) da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- b) da operazione chirurgiche, accertamento o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- c) da guerre o insurrezioni;
- e) da trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti.

Art.25 - PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili le persone affette da infermità mentali, alcoolismo e tossicodipendenza.

L'assicurazione cessa col manifestarsi di una delle predette alterazioni patologiche, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti, che in tal caso vengono restituiti al Contraente.

Art.26 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione è prestata per tutti gli infortuni che gli Amministratori, i Funzionari e i Dipendenti dell'Azienda Servizi Pubblici Spa subiscono durante l'esecuzione delle prestazioni di servizio, con l'estensione al rischio in itinere. L'assicurazione è prestata anche per tutti gli infortuni subiti, durante l'esecuzione delle prestazioni di servizio, alla guida dei mezzi di proprietà dell'Ente stesso. Sono compresi gli infortuni avvenuti nell'atto di salire o scendere dai mezzi usati e gli infortuni subiti in conseguenza di ogni attività complementare, accessoria, collegata e/o necessaria alla circolazione stradale nessuna esclusa ne eccettuata.

I rischi di cui alla presente sezione si intendono estesi alle persone di cui sia stato autorizzato il trasporto da parte del Contraente.

Art.27 - CRITERI DI INDENNIZZABILITA'

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 dirette ed accertate dell'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti.

Art.28 - MORTE

L'indennizzo per il caso di morte è dovuto se la morte stessa si verifica - anche 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.

Art.29 - INVALIDITA' 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.

L'indennizzo spettante per Invalidità permanente si determina applicando alla somma assicurata per Invalidità permanente totale, ricavata moltiplicando per 6 la retribuzione annua con il massimo assicurato di Euro 500.000,00 (cinquecentomila), la percentuale corrispondente al grado di invalidità accertata secondo i criteri di cui al presente Articolo, con le seguenti modalità per scaglione di somma assicurata:

- fino a € 150.000,00, si applica la percentuale di Invalidità accertata dedotta dei punti di franchigia assoluta (in forma percentuale) indicata nel modulo di offerta;
- sulla parte eccedente € 150.000,00 e fino a € 250.000,00 si applica la percentuale di Invalidità accertata dedotta di 5 punti;
- sulla parte eccedente € 250.000,00 e fino a € 500.000,00 si applica la percentuale di Invalidità accertata dedotta di 10 punti;

Art.30 – DIARIA DA RICOVERO (Valido se previsto il massimale assicurato)

Se in conseguenza dell'infortunio l'Assicurato è ricoverato in istituto di cura, la Società liquida un'indennità per ogni giorno di ricovero pari al massimale assicurato, per un periodo massimo di 360 giorni – anche non consecutivi – da quello dell'infortunio. Il giorno di dimissione non è indennizzabile.

Art.31 - INABILITA' TEMPORANEA (Valida se prevista la somma assicurata)

Se l'infortunio ha per conseguenza un'inabilità dell'Assicurato ad attendere alle sue occupazioni, la Società liquida la diaria assicurata:

- integralmente, per tutto il tempo in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle occupazioni medesime;
- parzialmente, per tutto il tempo in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle sue occupazioni.

L'indennità per inabilità temporanea viene corrisposta per un periodo massimo di 365 giorni a decorrere dalle ore 24 del giorno dell'infortunio fino alle ore 24 dell'ultimo giorno di inabilità.

Art.32 - RIMBORSO SPESE SANITARIE -Spese Mediche- (Valida se prevista la somma assicurata)

Se l'Assicurato in conseguenza di infortunio fa ricorso a prestazioni sanitarie, la Società rimborsa, fino alla concorrenza del massimale previsto per anno assicurativo, le spese sostenute per:

- accertamenti diagnostici e medico legali;
- visite mediche e specialistiche;
- onorari del chirurgo e di ogni altro componente l'équipe operatoria, diritti di sala operatoria, materiale d'intervento;
- apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento chirurgico;
- rette di degenza;
- trasporto dell'Assicurato in ambulanza all'Istituto di cura od all'ambulatorio e viceversa;
- cure mediche e trattamenti fisioterapici rieducativi;
- acquisto di apparecchi protesici ortopedici sostitutivi di parti anatomiche e protesi oculari.

Non sono soggette a rimborso le spese effettuate per applicazioni di carattere estetico, per cure odontoiatriche e per protesi dentarie, che non siano state sostenute in conseguenza diretta di un infortunio indennizzabile ai termini di polizza.

La Società effettua il pagamento di quanto dovuto su presentazione, in originale, delle relative notule, distinte, ricevute, debitamente quietanzate. Il pagamento viene effettuato a cura ultimata. Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi verranno eseguiti in Italia, in valuta italiana al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi.

Art.33 - CUMULO DI INDENNITÀ

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello di invalidità permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento dell'indennizzo per l'invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dall'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 indennizzo per morte - se superiore - a quello già pagato per invalidità permanente.

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.

Art.34 - DENUNCIA DELL'INFORTUNIO E OBBLIGHI RELATIVI

In caso di sinistro il Contraente deve darne avviso scritto alla Società' o al Broker al quale è assegnata la polizza, entro 30 giorni dall'infortunio o dal momento in cui il Contraente stesso ne sia venuto a conoscenza.

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

Il decorso delle lesioni sarà 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. 35 - 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 del 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 rifiuti di firmare il relativo verbale.

Art.36 - RINUNCIA ALLA RIVALSA

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