

CAPITOLATO SPECIALE PER LE COPERTURE ASSICURATIVE “CUMULATIVA INFORTUNI ” PER IL PERSONALE DEL COMUNE DI *****

DEFINIZIONI

Alle seguenti denominazioni le parti attribuiscono il significato qui precisato:

COMPAGNIA O SOCIETA'	L'Impresa di assicurazione
CONTRAENTE	L'Amministrazione comunale che stipula la polizza
ASSICURATO	L'Amministrazione comunale nel cui interesse è stipulata la polizza
BROKER	La società o la persona iscritta all'albo nazionale dei mediatori di assicurazione ai sensi della legge 792/84, cui il contraente abbia affidato l'assistenza e consulenza nella gestione del contratto
ASSICURAZIONE	Il contratto di assicurazione
POLIZZA	Il documento che prova il contratto di assicurazione
PREMIO	La somma dovuta alla Compagnia
RISCHIO	La probabilità del verificarsi del sinistro
SINISTRO	Il verificarsi del fatto dannoso previsto in polizza
INDENNIZZO	La somma dovuta dalla Compagnia in caso di sinistro
INVALIDITA' PERMANENTE	Perdita o diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione svolta
INABILITA' TEMPORANEA	Temporanea incapacità ad attendere alle occupazioni professionali dichiarate in polizza
SFORZO	Impiego di energie muscolari, concentrate nel tempo, che esorbitano per intensità dalle ordinarie abitudini di vita dell'Assicurato
RICOVERO	Degenza in Istituti di Cura che comporti il pernottamento o degenza diurna (day hospital) di almeno sei ore continuative
INGESSATURA	Mezzo di contenzione costituito da fasce gessate od altri apparecchi comunque immobilizzanti, purché applicati in istituto di Cura ed inamovibili da parte dell'Assicurato, con esclusione pertanto di tutti i tutori preconfezionati
FRATTURA	Soluzione di continuità del tessuto osseo provocata da infortunio. Si intende pertanto esclusa qualsiasi lesione al solo tessuto cartilagineo od ai soli altri tessuti aventi rapporto di contiguità e continuità con l'osso
ISTITUTI DI CURA	Ospedali, clinica, case di cura, regolarmente autorizzate al ricovero dei malati, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno

1. NORME CONTRATTUALI COMUNI

1.1 Prova del contratto

La polizza e le sue eventuali modifiche devono essere provate per iscritto.

1.2. Decorrenza, Pagamento del premio, Durata

Le garanzie prestate con il presente contratto hanno effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza.

A parziale deroga dell'art. 1901 C.C. la Società avrà diritto al pagamento della prima rata di premio entro 45 giorni dalla data di tale effetto.

Per le rate di premio successive alla prima e per ogni eventuale appendice a titolo oneroso, la Società avrà diritto al pagamento di quanto dovuto ugualmente entro i 45 giorni successivi alla data della scadenza/decorrenza.

I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società per il tramite del Broker.

Se il Contraente non paga i premi alle scadenze stabilite, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quarantacinquesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24,00 del giorno del pagamento, fermo il diritto della Società ad esigere, ai sensi dell'art. 1901 del c.c., i premi scaduti e quelli successivi.

La durata del presente contratto è fissata in anni cinque, più eventuale rateo, con scadenza alle ore 24,00 del giorno indicato in polizza di ogni anno. E' fatta comunque salva la facoltà per ciascuna delle parti, di rescindere il contratto al termine di ciascuna annualità previa disdetta da effettuarsi con un preavviso di 60 giorni.

Alla scadenza naturale il Contratto, essendo esclusa la facoltà di tacito rinnovo, si intende annullato senza obbligo di preventiva comunicazione tra le Parti.

1.3. Dichiarazioni del contraente

La Compagnia presta la garanzia e determina il premio sulla base delle dichiarazioni del Contraente.

Le dichiarazioni inesatte e/o le omissioni possono comportare o il mancato pagamento dell'indennizzo o un pagamento ridotto, nonché l'annullamento dell'assicurazione ai sensi dell'art. 1892 - 1893 - 1894 del Codice Civile.

1.4. Aggravamento del rischio

Il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Compagnia di ogni aggravamento del rischio.

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

1.5. Diminuzione del rischio

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

1.6. Altre assicurazioni

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare alla Compagnia eventuali altre polizze da lui stipulate, fermo l'obbligo di darne avviso in caso di sinistro.

L'omissione della comunicazione di cui sopra può comportare la decadenza dal diritto all'indennizzo ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.

Le comunicazioni debbono avvenire per iscritto.

1.7. Tacita proroga della polizza

Nonostante il Contratto è stipulato senza il tacito rinnovo, a richiesta dell'Ente, può essere prorogato di un solo anno in assenza della quale si intende estinto.

1.8. Recesso in caso sinistro

Nei 60 giorni successivi al pagamento o alla contestazione dell'indennizzo previsto dalle garanzie prestate in polizza, ciascuna delle Parti può recedere dall'assicurazione con preavviso di 90 giorni. Nel caso in cui sia la Compagnia a recedere dal contratto, quest'ultima, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, corrisponderà all'Assicurato la parte di premio relativa al periodo di rischio non corso al netto della relativa imposta.

1.9. Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi alla polizza sono a carico dell'Assicurato.

1.10. Foro competente

Per le controversie riguardanti l'esecuzione del presente contratto e quale sede arbitrale si dichiara competente l'Autorità giudiziaria del luogo dove ha sede l'Ente Contraente.

1.11. Prova

E' a carico di chi domanda l'indennizzo di provare che sussistono tutti gli elementi che valgono a costituire il suo diritto ai termini di polizza.

1.12. Rinvio alle norme di legge

Per tutto quello che non è qui diversamente regolato valgono le norme di legge.

1.13. Clausola broker

L'Ente Contraente dichiara che, per l'espletamento della presente procedura, si è avvalso e si avvale della consulenza ed assistenza dello **Studio LOSASSO Broker Srl** – Via Rossini, 12 – 85100 POTENZA Albo Broker n. 1685/S ai sensi della legge 792/84 e Registro **R.U.I.** n° B000064629 P. IVA 01644640763 – Telefax 0971/53802 – email : info@studiolosassobroker.com

Il Broker fornirà assistenza e consulenza anche nella esecuzione e gestione delle conseguenti obbligazioni contrattuali (gestione amministrativa e tecnica), per tutto il tempo della durata, incluso proroghe, riforme o sostituzioni.

Il Contraente e la Società Assicuratrice si danno reciprocamente atto che tutte le comunicazioni, i rapporti amministrativi ed il versamento dei premi inerenti l'esecuzione del contratto devono trasmettersi dall'una all'altra parte per il tramite del suddetto Broker.

L'opera del Broker verrà remunerata, in conformità agli usi del mercato nazionale ed internazionale confermati dalla giurisprudenza, dalle Compagnie di Assicurazioni con le quali verranno stipulati i contratti in base all'aliquota percentuale del *****% sui premi imponibili.

Detta commissione verrà trattenuta sulle rimesse dei premi di assicurazione all'atto della loro rendicontazione alle Compagnie entro il giorno 10 del mese successivo a quello dell'incasso.

La remunerazione del Broker non dovrà in ogni caso rappresentare un costo aggiuntivo sui premi assicurativi per l'Amministrazione appaltante.

PERSONE ASSICURATE:

CONDIZIONI CONTRATTUALI SPECIFICHE RELATIVAMENTE A: INFORTUNI DEL SINDACO, ASSESSORI e CONSIGLIERI (Art. 23 Legge 816/85 e successive m. e i.) Sez. A

L'Ente ai fini della determinazione del premio di assicurazione e della prestazione della relativa copertura, dichiara che:

- il numero complessivo delle persone assicurate sono *** (n. ** Sindaco, n. ** Assessori e n. *** Consiglieri);

Ciascuna persona è assicurata per le seguenti somme:

Caso Morte da Infortunio, € 250.000,00

Caso Invalidità Permanente da Infortunio, € 250.000,00

Rimborso Spese Sanitarie da Infortunio, € 10.000,00

Diaria giornaliera per apparecchi di contenzione a seguito di frattura e/o distorsione € 50,00.

CONDIZIONI PARTICOLARI:

- 1) La garanzia viene prestata durante lo svolgimento di qualsiasi incarico e/o attività per conto dell'Amministrazione Contraente compresi i rischi della circolazione stradale quale conducente di veicoli per la partecipazione a riunioni, sopralluoghi ad impianti dell'Amministrazione stessa e comunque nello svolgimento di ogni incarico inerente al mandato ricoperto.

- 2) In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, la copertura prestata si intende operante anche per gli infortuni che gli Assicurati dovessero subire per il rischio “*in itinere*” e cioè durante il tragitto da casa al Comune e viceversa, effettuato a piedi o con uso di mezzi di trasporto pubblici e/o privati, nei limiti di tempo di un’ora prima dell’inizio ed un’ora dopo il termine delle riunioni.
- 3) Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate per cui le garanzie prestate con la presente polizza sono sul numero degli assicurati e non sui nominativi. Pertanto la Compagnia dichiara di accettare la deroga alle dichiarazioni del Contraente circa l'esistenza di altre assicurazioni stipulate dagli assicurati, sinistri precedenti e malformazioni, difetti o limitazioni funzionali preesistenti; sarà comunque obbligo dell'Ente contraente, tenere un libro per l'individuazione degli assicurati e denunciare per iscritto alla Compagnia le variazioni numeriche che si verificassero nel corso dell'annualità assicurativa.

Se la variazione implica aumento di premio, l'assicurazione sarà valida rispetto al nuovo stato di cose dalle ore 24 del giorno del perfezionamento dell'appendice con pagamento del maggior premio dovuto. Se invece implica riduzione di premio, questa avrà luogo a partire dalla prossima scadenza annuale.

- 4) Le persone che non fossero regolarmente iscritte nel libro dell'Amministrazione si riterranno come non comprese nell'assicurazione. Il Contraente si obbliga ad esibire in qualsiasi momento il libro dell'Amministrazione a semplice richiesta delle persone che fossero incaricate dalla Compagnia di fare accertamenti e controlli.
- 5) Sono compresi in garanzia anche la salita e la discesa dagli automezzi di cui al punto 1).

CONDIZIONI CONTRATTUALI SPECIFICHE RELATIVAMENTE A: INFORTUNI DEI DIPENDENTI IN MISSIONE QUALI CONDUCENTI CHE UTILIZZANO IL PROPRIO MEZZO E/O QUELLO DELL'ENTE PER MOTIVI DI SERVIZIO (Segretario compreso). Sez. B (art. 23 D.P.R. 333/90 punto 2 e 3 e successive m. e/o i.).

L'Ente ai fini della determinazione del premio di assicurazione e della prestazione della relativa copertura, dichiara che:

- Il numero complessivo dei dipendenti ammonta a *** unità.
- Relativamente ai dipendenti che utilizzano il proprio mezzo di locomozione, si precisa che gli stessi effettuano annualmente n° **.000 chilometri, che mediamente tali dipendenti ammontano a n° *** unità.
- I veicoli di proprietà e/o in uso all'ente sono n. *** autovetture.

- 1) La garanzia si intende prestata a favore dei dipendenti del Contraente e ad altro personale anche non dipendente autorizzati a servirsi, in occasione di missioni o per adempimenti di servizio fuori dall'ufficio, del proprio mezzo di trasporto e/o di proprietà dell'Ente stesso, limitatamente al tempo strettamente necessario per l'esecuzione delle prestazioni di servizio.

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, la copertura prestata si intende operante anche per gli infortuni che gli Assicurati dovessero subire per il rischio “*in itinere*” e cioè durante il tragitto da casa al Comune e viceversa, effettuato a piedi o con uso di mezzi di trasporto pubblici e/o privati, nei limiti di tempo di un’ora prima dell’inizio ed un’ora dopo il termine dell’orario lavorativo.

- 2) La presente polizza è rivolta alla copertura dei rischi, non compresi nell'assicurazione obbligatoria di terzi, di lesioni o decesso del dipendente medesimo e delle persone di cui sia stato autorizzato il trasporto.

- 3) Sono compresi in garanzia anche la salita e la discesa dagli automezzi di cui al punto 1).
- 4) Sono esclusi dalla garanzia i rischi coperti dalle assicurazioni obbligatorie.
- 5) Poiché la presente assicurazione è stipulata dal Contraente anche nel proprio interesse e secondo quanto disposto dai relativi D.P.R., gli importi indicati in base alla presente polizza saranno detratti dalle somme eventualmente spettanti a titolo di equo indennizzo per lo stesso evento.
- 6) La garanzia è prestata per ciascun assicurato:
- | | |
|------------------------------------------------------|--------------|
| a) nel caso di morte per la somma di | € 250.000,00 |
| b) nel caso di invalidità permanente per la somma di | € 250.000,00 |
- 7) Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone che usano il mezzo di trasporto.
Per l'identificazione di tali persone e per il computo del premio relativo si farà riferimento alle risultanze dei registri od altri documenti equipollenti sui quali il Contraente si impegna a registrare in modo analitico:
- data e luogo della trasferta;
 - generalità del dipendente autorizzato alla trasferta;
 - numero dei chilometri percorsi.
- Tali registri od altri documenti equipollenti dovranno essere tenuti dal Contraente costantemente aggiornati e messi a disposizione in qualsiasi momento delle persone incaricate ad effettuare accertamenti e controlli.

Il premio viene anticipato dal Contraente in base ad un preventivo annuo di **.000 chilometri e di n° ** veicoli di proprietà dell'Ente.

Il premio è soggetto a REGOLAZIONE così come previsto dalle Condizioni Particolari.

2. CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE **RELATIVE A TUTTE LE GARANZIE**

2.1. Oggetto dell'assicurazione –

L'assicurazione di cui alla presente polizza vale per gli infortuni che colpissero gli assicurati (Amministratori e Dipendenti) derivanti da tutte le attività previste dalla presente polizza.

Per Infortunio si intende l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili le quali abbiano per conseguenza la morte oppure una invalidità permanente o una inabilità temporanea dell'Assicurato.

2.2. Estensione dell'assicurazione –

Sono considerati infortuni anche:

- l'asfissia di origine non morbosa;
- avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento accidentale di sostanze tossiche;
- le infezioni conseguenti a morsi di animali e punture di insetti, escluse la malaria e le malattie tropicali;
- annegamento;
- assideramento, congelamento, la folgorazione, i colpi di sole o di calore;
- ernie addominali da sforzo, con esclusione di quelle rachidee, gli strappi muscolari derivanti da sforzo;
- la rottura sottocutanea del tendine di Achille nei limiti di quanto previsto al punto 3.8 (invalidità permanente);
- gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza;
- gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza, o negligenza anche grave;

- gli infortuni derivante da aggressione, tumulti popolari, atti di terrorismo compiuti tramite armi e/o ordigni di tipo convenzionale, vandalismo, attentati, a condizione che l'assicurato non vi abbia preso parte attiva.

2.3. Rischio volo –

L'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi in aereo per trasferimento, effettuati in qualità di passeggero, su veicoli o elicotteri da chiunque eserciti, esclusi i viaggi effettuati:

- su aeromobili di Società/Aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico di passeggeri;
- su aeromobili di aeroclubs;
- su apparecchi per il volo da diporto o sportivo (deltaplano, ultraleggeri, parapendio e simili). Il viaggio in aereo si intende iniziato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si intende concluso nel momento in cui ne è disceso.

La garanzia di cui al presente articolo non è valida se la polizza ha durata inferiore ad un anno.

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 per ogni persona i capitali di:

- € 1.000.000 per il caso di morte
- € 1.000.000 per il caso di invalidità permanente totale

complessivamente per aeromobile:

- € 5.000.000 per il caso di morte
- € 5.000.000 per il caso di invalidità permanente totale

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 eccedono gli importi sopra indicati, le indennità spettanti in caso di sinistro sono adeguate con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti.

2.4. Rischio di guerra all'estero –

La garanzia viene estesa agli infortuni avvenuti all'estero (esclusi comunque il territorio della Città del Vaticano e della Repubblica di S. Marino) derivanti da stato di guerra, insurrezioni, atti nemici, ostilità (sia che la guerra sia dichiarata o non), per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio dell'ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero.

2.5. Estensione territoriale –

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

2.6. Rischi esclusi –

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti:

- a) dalla guida e dall'uso di mezzi di locomozione aerei, salvo quanto previsto al punto 2.3 (rischio volo);
- b) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, salvo gli atti compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- c) da movimenti tellurici;
- d) da guerra o insurrezione, salvo quanto previsto dai punti 2.4 (rischio di guerra all'estero);
- e) da trasmutazione del nucleo dell'atomo o da radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti.

Sono inoltre esclusi:

f) gli infarti;

g) le conseguenze di interventi chirurgici, accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio.

h) Le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x ecc.) nonché le conseguenze dirette o indirette di contaminazioni chimiche o biologiche.

2.7. Limiti di età' –

Il Contraente dichiara che nessuna persona assicurata ha raggiunto l'età di 75 anni e si impegna a comunicare tale circostanza alla Compagnia nel momento in cui si dovesse verificare.

In ogni caso l'assicurazione cessa, alla prima scadenza annuale successiva, per l'Assicurato che abbia raggiunto tale limite di età senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premio scaduti dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso vengono restituiti al Contraente al netto degli oneri fiscali.

2.8. Persone non assicurabili –

Il Contraente dichiara che nessuna persona assicurata è affetta da infermità mentale, alcolismo e tossicodipendenza e si impegna a comunicare tali circostanze alla Compagnia nel momento in cui si dovessero verificare.

In ogni caso l'assicurazione cessa, per l'Assicurato con il loro manifestarsi senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti dopo tale circostanza, premi che in tal caso vengono restituiti al Contraente al netto degli oneri fiscali.

2.9. Criteri di indennizzabilità' –

La Compagnia corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio può avere 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 derivato dalle condizioni preesistenti, fermo quanto stabilito al punto 3.8 (invalidità permanente).

3.0. Cumulo di indennità' –

Le indennità per inabilità temporanea e per ricovero sono cumulabili tra loro e con tutte le altre garanzie. L'indennità per il caso di morte non è cumulabile con quella per invalidità permanente. Se dopo il pagamento di un'indennità per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Compagnia 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 il rimborso nel caso contrario.

3.1. Esonero –

Il contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le malattie sofferte, nonché le mutilazioni e i difetti fisici da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire, salvo quanto previsto al punto 2.8 (persone non assicurabili).

Viene tuttavia confermato che l'indennizzo e la liquidazione di eventuali infortuni saranno regolati a norma della presente polizza.

3.2. Controversie –

Le controversie mediche sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni e/o del ricovero, sul grado di invalidità permanente o sul grado o durata dell'inabilità temporanea, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti al punto 2.9 (criteri di indennizzabilità)

sono demandate per iscritto ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrari, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il Collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

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.

E' data facoltà al Collegio di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel quale caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazioni di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuno delle Parti.

3.3. Rinuncia alla rivalsa –

La Compagnia rinuncia ad ogni azione di rivalsa per le somme pagate, lasciando così integri i diritti dell'Assicurato o dei suoi aventi causa contro i responsabili dell'infortunio.

3.4. Responsabilità del contraente –

Poiché la presente assicurazione è stata stipulata dal Contraente anche nel proprio interesse quale possibile responsabile del sinistro, si conviene che qualora l'infortunato o, in caso di morte, i beneficiari o soltanto qualcuno di essi di cui al punto 3.6 (morte), non accettino a completa tacitazione dell'infortunato l'indennizzo dovuto ai sensi della presente polizza ed avanzino verso il Contraente maggiori pretese a titolo di responsabilità civile, detto indennizzo nella sua totalità viene accantonato, destinandolo all'ammontare del 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 richiesta scritta alla Compagnia da parte del Contraente.

3.5. Limite catastofale –

Nel caso di infortunio che colpisca contemporaneamente più persone assicurate, in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo complessivo a carico della Compagnia non potrà comunque superare l'importo di € 2.500.000. Qualora le indennità liquidabili ai sensi di polizza eccedessero nel loro complesso tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

RELATIVE AL CASO MORTE

3.6. Morte –

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifichi entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Compagnia liquida ai beneficiari designati la somma assicurata per il caso morte. In difetto di designazione, la Compagnia liquida tale somma, in parte uguali agli eredi.

3.7. Morte presunta –

Se il corpo dell'Assicurato non viene trovato entro un anno a seguito di annegamento, affondamento o naufragio del mezzo di trasporto terrestre, aereo, lacuale, fluviale o marittimo, verrà riconosciuto l'indennizzo previsto per il caso di morte, considerando l'evento di cui sopra come infortunio.

Quando sia stato effettuato il pagamento dell'indennità ed in seguito l'Assicurato ritorni o sia abbiano di lui notizie sicure, la Compagnia ha diritto alla restituzione delle somme pagate e relative spese, e l'Assicurato stesso potrà far valere i diritti che eventualmente gli sarebbero spettati, nel caso avesse subito lesione indennizzabili a norma della presente polizza.

RELATIVE ALL'INVALIDITA' PERMANENTE

3.8. Invalidita' permanente –

Se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente e questa si manifesti entro due anni dal giorno in cui l'infortunio è avvenuto, anche successivamente alla scadenza della polizza, la Compagnia liquida un indennizzo per invalidità permanente parziale calcolato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, in proporzione al grado di invalidità che va accertato facendo riferimento ai valori ed ai criteri sotto elencati.

Perdita totale, anatomica o funzionale di:

- un arto superiore 70%
- una mano o un avambraccio 60%
- un pollice 18%
- un indice 14%
- un medio 8%
- un anulare 8%
- un mignolo 12%
- la falange ungueale del pollice 9%
- una falange di altro dito della mano 1/3 del dito

Per:

- anchilosi della scapola omerale con arto in posizione favorevole, ma con immobilità della scapola 25%
- anchilosi del gomito in angolazione compresa tra 120° e 70° con pronosupinazione libera 20%
- anchilosi del polso in estensione rettilinea con pronosupinazione libera 10%
- blocco della pronosupinazione in semipronazione dell'avambraccio e della mano 7%
- paralisi completa del nervo radiale 35%
- paralisi completa del nervo ulnare 20%
- esiti di rottura sottocutanea di un tendine del bicipite brachiale 5%

Per amputazione di un arto inferiore:

- al di sopra della metà della coscia 70%
- al di sotto della metà della coscia, ma al di sopra del ginocchio 60%
- al di sotto del ginocchio, ma al di sopra del terzo medio di gamba 50%

Perdita totale, anatomica o funzionale di:

- un piede 40%
- ambedue i piedi 100%
- un alluce 5%
- la falange ungueale dell'alluce 2,5%
- un altro dito del piede 1%

Per:

- anchilosi dell'anca in posizione favorevole 35%
- anchilosi del ginocchio in estensione 25%
- esiti di frattura del menisco mediale del ginocchio, indipendentemente dal trattamento attuabile 2%
- esiti di frattura del menisco laterale del ginocchio, indipendentemente dal trattamento attuabile 3%

Comune di ***** Pv. ***** – Capitolato Infortuni cumulativa

- lesione completa del legamento crociato anteriore del ginocchio 9%
- anchilosi della tibio-tarsica ad angolo retto 10%
- anchilosi della sotto astragalica 5%
- paralisi completa dello sciatico popliteo esterno 15%
- esiti di rottura sottocutanea del tendine di Achille 4%

Perdita totale, anatomica o funzionale, di:

- un occhio 25%
- ambedue gli occhi 100%

Per:

- sordità completa di un orecchio 10%
- sordità completa di ambedue gli orecchi 40%
- stenosi nasale assoluta monolaterale 4%
- stenosi nasale assoluta bilaterale 10%
- esiti di frattura scomposta di una costa 1%
- esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:
 - una vertebra cervicale 12%
 - una vertebra dorsale 5%
 - 12a dorsale 10%
 - una vertebra lombare 10%
- esiti di frattura di un metamero sacrale 3%
- esiti di frattura di un metamero coccigeo con callo deforme e dolente 5%
- postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo 2%
- perdita anatomica di un rene senza compromissioni significative della funzione urinaria 15%
- perdita anatomica della milza senza compromissioni significative della crasi ematica 8%

Per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado di invalidità permanente tenendo conto dell'eventuale possibilità di applicazione di presidi correttivi.

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

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella di cui sopra, l'indennizzo è stabilito in riferimento ai valori ed ai criteri sopra indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità lavorativa generica, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

Nel caso che l'infortunio determini menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con criteri aritmetici fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso.

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

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato le percentuali sopra indicate sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità permanente.

3.9. Anticipo dell'indennizzo –

A richiesta dell'Assicurato, la Compagnia, quando abbia preventivato un grado di invalidità permanente, ha facoltà di anticipare 1/3 (un terzo) del presumibile grado di invalidità, con il massimo di € 10.000.=

3.10. Franchigia sulla invalidita' permanente –

Sulla parte di somma assicurata fino a € 125.000 l'indennità per la invalidità permanente sarà liquidata senza applicazione di franchigia.

Sulla parte di somma assicurata eccedente € 125.000 e fino a € 250.000, per invalidità permanente parziale pari o inferiore al 3% della totale non si farà luogo ad alcun tipo di indennizzo, se invece l'invalidità permanente parziale risulterà superiore al 3%, l'indennità sarà liquidata solo per la parte eccedente il 3%.

Sulla parte di somma assicurata eccedente € 250.000, per invalidità permanente parziale pari o inferiore al 6% della totale non si farà luogo ad alcun tipo di indennizzo, se invece l'invalidità permanente parziale risulterà superiore al 6%, l'indennità sarà liquidata solo per la percentuale eccedente il 6%.

Nel caso in cui la percentuale di invalidità permanente parziale risulti pari o superiore al 60% della totale, la Compagnia liquiderà l'indennizzo dovuto senza applicazione di franchigia.

3.11. Riferimento alla tabella di legge per i casi di invalidita' permanente –

La tabella delle percentuali di invalidità permanente prevista dalle norme dell'art. 3.8 si intende sostituita con quella di cui all'allegato 1 del D.P.R. 30 Giugno 1965 N° 1124 e successive modifiche intervenute fino alla data di stipula del presente contratto, con rinuncia da parte della Compagnia all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge.

Per le valutazioni delle lesioni e delle menomazioni non esplicitamente menzionate nella tabella sopra citata, si procederà in base ai parametri previsti al punto 3.8.

RELATIVE AL RICOVERO E ALLE SPESE SANITARIE

3.12. Rimborso spese sanitarie –

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

- accertamenti diagnostici;
- accertamenti medico legali, esclusi quelle previsti al punto 3.2 (controversie);
- visite mediche e specialistiche;
- onorari del chirurgo e di ogni altro componente l'équipe operatoria, diritti di sala operatoria, materiale di intervento;
- apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento chirurgico;
- rette di degenza;
- trasporto dell'Assicurato in ambulanza all'Istituto di Cura o all'ambulatorio e viceversa;
- cure mediche e trattamenti fisioterapici rieducativi;
- acquisto di apparecchi protesici ortopedici sostitutivi di parti anatomiche e protesi oculari;

La Compagnia rimborsa inoltre, sino al 10% della somma assicurata e con un massimo di € 1.500 le spese sostenute, in conseguenza di infortunio, per:

- interventi di natura estetica;
- cure odontoiatriche;
- protesi dentarie.

La Compagnia effettua il pagamento di quanto dovuto su presentazione, in originale, delle relative notule, distinte, ricevute e fatture debitamente quietanzate.

A richiesta dell'Assicurato, la Compagnia restituisce i predetti originali previa applicazione della data di liquidazione dell'indennizzo e dell'importo liquidato.

Il pagamento viene effettuato a cura ultimata.

Le spese effettuate all'estero saranno rimborsate in Italia, in valuta italiana, al cambio medio della settimana in cui sono state sostenute dall'Assicurato, rilevato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano Cambi.

3.12 bis. Indennità per applicazione di apparecchio di contenzione e/o gesso

Qualora in conseguenza di infortunio sia stata applicata una gessatura o sia stata diagnosticata una frattura, radiologicamente accertata, che comporti l'applicazione di un mezzo terapeutico diverso dalla gessatura, in istituto di cura o clinica, verrà corrisposta una indennità giornaliera di 30,00 euro anche per il tempo trascorso fuori dell'istituto.

L'indennità sarà riconosciuta sino alla rimozione del mezzo di contenzione o comunque per il periodo necessario al consolidamento della frattura, ma solo per il periodo prescritto dall'istituto di cura.

Il periodo massimo indennizzabile, comprensivo di ricovero e ingessatura, non potrà superare i 60 giorni con un minimo di 15.

RELATIVE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO

3.13. Denuncia dell'infortunio e obblighi relativi –

La denuncia dell'infortunio con l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che lo determinarono, corredata di certificato medico, deve essere fatta per iscritto alla Direzione della Compagnia o all'Agenzia alla quale è stata assegnata la polizza, entro 9 giorni dal sinistro o dal momento in cui il Contraente, l'Assicurato o i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità.

Successivamente l'Assicurato deve inviare certificati medici sul decorso delle lesioni.

Nel caso di inabilità temporanea, i certificati dovranno essere rinnovati alle rispettive scadenze. In caso di mancato rinnovo, la liquidazione dell'indennità viene fatta considerando data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che la Compagnia possa stabilire una data diversa.

L'Assicurato o, in caso di morte, il beneficiario, devono consentire le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dalla Compagnia.

CONDIZIONI PARTICOLARI

3.14. Regolazione premio -

Poiché il premio è convenuto in tutto o in parte in base a elementi di rischio variabili, esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio indicato in polizza ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minore durata del contratto, secondo le variazioni intervenute durante il medesimo periodo negli elementi presi come presupposto per il conteggio del premio, fermo l'eventuale premio minimo stabilito in polizza.

A tale scopo, entro 90 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o del minor periodo di durata del contratto, il Contraente deve comunicare alla Compagnia per iscritto i dati necessari affinché la stessa possa procedere alla regolazione del premio definitivo.

Le differenze, attive o passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei trenta giorni successivi alla comunicazione da parte della Compagnia. La mancata comunicazione dei dati occorrenti per la regolazione costituisce presunzione di differenza attiva a favore della Compagnia.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti o il pagamento della differenza attiva dovuta, la Compagnia può fissargli un ulteriore termine non inferiore a 15 giorni, trascorso il quale, il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive, viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo alla annualità per la quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva e l'assicurazione resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per la Compagnia di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

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

La Compagnia ha il diritto di effettuare verifiche e controlli per i quali il Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e la documentazione necessaria.

3.15. Deroga alle dichiarazioni –

La mancata dichiarazione prevista dalle norme contrattuali comuni art. 1.3. “Dichiarazioni del contraente” non può essere invocata dalla Compagnia come motivo di irrisarcibilità di un eventuale sinistro, salvo il caso di manifesta malafede.

3.16. 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.

Fatto in in quattro esemplari ad un unico effetto il

La Società Assicuratrice

Il Contraente

.....

.....