

Procedura aperta telematica di carattere comunitario, suddivisa in due Lotti, per l'affidamento dei «Servizi di assicurazione "Kasko dipendenti" (Lotto 1) e "Infortuni dipendenti autorizzati a servirsi del proprio autoveicolo" (Lotto 2)»



ISTITUTO NAZIONALE DELLA PREVIDENZA SOCIALE

DIREZIONE CENTRALE RISORSE STRUMENTALI E CENTRALE UNICA ACQUISTI

Allegato 1b al Disciplinare di Gara

CAPITOLATO TECNICO

Procedura aperta telematica di carattere comunitario, suddivisa in due Lotti, per l'affidamento dei «*Servizi di assicurazione "Kasko dipendenti" (Lotto 1) e "Infortuni dipendenti autorizzati a servirsi del proprio autoveicolo" (Lotto 2)»*

Lotto 2: "Infortuni dipendenti autorizzati a servirsi del proprio autoveicolo"

**Via Ciro il Grande, 21 – 00144 Roma
C.F. 80078750587 - P.IVA 02121151001**

DEFINIZIONI

- | | |
|------------------------|---|
| • Polizza | Documento che prova l'assicurazione. |
| • Contraente | Soggetto che stipula l'assicurazione – INPS – Istituto Nazionale della Previdenza Sociale. |
| • Assicurato | Soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione. |
| • Beneficiario | Soggetto o i soggetti cui, in caso di morte dell'Assicurato, deve essere pagata la somma garantita. |
| • Società | Impresa assicuratrice. |
| • Premio | Somma dovuta dal Contraente alla Società. |
| • Rischio | Probabilità che si verifichi il sinistro. |
| • Assicurazione | Il contratto di assicurazione. |
| • Infortunio | Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte o un'invalidità permanente. |
| • Sinistro | Verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione |
| • Indennità/Indennizzo | Somma dovuta dalla Società in caso di sinistro |

PREMESSA DI POLIZZA - DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE / ASSICURATO

La presente polizza assicura il rischio di infortunio derivante ai dipendenti dell'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale che utilizzano il proprio mezzo di trasporto per missioni di lavoro, e dei dipendenti trasportati su detti veicoli.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1 – DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Art. 2 – ALTRE ASSICURAZIONI

In deroga alle previsioni dell'articolo 1910 del Codice Civile, è data facoltà al Contraente di non comunicare:

1. altre assicurazioni che avesse o che stipulasse in futuro con altre Società per gli stessi rischi assicurati dalla presente polizza;
2. eventuali contratti individuali che gli assicurati avessero stipulato o stipulassero anche per proprio conto.

Art. 3 – PAGAMENTO DEL PREMIO

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in Polizza se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

A parziale deroga dell'art. 1901 del C.C. le garanzie saranno valide anche se il Premio sarà corrisposto entro 60 (sessanta) giorni successivi alla data di decorrenza della suddetta Polizza.

I pagamenti delle rate di premio successive alla prima verranno effettuati dalla Stazione Appaltante a cadenza annuale anticipata, entro 60 giorni dalla scadenza annuale. L'Appaltatore provvederà ad emettere e trasmettere quietanza, a mezzo posta, in originale, entro 7 giorni lavorativi dalla data di pagamento del Premio da parte della Stazione Appaltante.

Resta ferma l'applicazione delle previsioni di cui al secondo paragrafo del presente articolo.

Se l'Assicurato non paga i Premi o le rate di Premio successive, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 60° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze (Art. 1901 C.C.)

I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza.

Art. 4– DURATA DELL'ASSICURAZIONE

La durata del presente contratto di assicurazione viene stabilita in 48 (quarantotto) mesi.

Alla data di scadenza la polizza si intenderà cessata a tutti gli effetti senza obbligo di disdetta da parte del Contraente.

Sebbene la presente polizza sia stipulata per la durata di 48 (quarantotto mesi) è in facoltà delle Parti di rescinderla al termine di ogni periodo assicurativo annuo, mediante l'invio di lettera raccomandata A.R. da spedirsi almeno 90 giorni prima della scadenza annuale del premio.

Art. 5 – MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

Art. 6 – VARIAZIONE DEL RISCHIO

Per variazione del rischio si intende qualsiasi modifica che determini una diversa probabilità del verificarsi di un sinistro ovvero una variazione delle sue conseguenze, non previste e non prevedibili, al momento della stipula del contratto.

L'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio. Qualsiasi elemento intervenuto successivamente all'aggiudicazione del contratto, che comporti una variazione del rischio deve essere comunicato immediatamente, ovvero entro quindici giorni dall'intervenuta conoscenza, per iscritto alla Società.

Le variazioni che devono essere comunicate possono concernere, a titolo esemplificativo, i mutamenti interni all'organizzazione del Contraente, (variazione significativa del numero dei dipendenti, adozione di strumenti di riduzione del rischio, delibere della Contraente che impattano sulle competenze e sulle funzioni svolte).

Gli aggravamenti di Rischio non noti e non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alle prestazioni garantite dalla presente polizza, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione (Art. 1898 c.c.).

L'omissione da parte del Contraente di una circostanza eventualmente aggravante il rischio, così come inesatte e/o incomplete dichiarazioni dell'Assicurato all'atto della stipulazione del contratto o durante il corso dello stesso, non comportano la decadenza del diritto all'indennizzo né la riduzione dello stesso, sempreché il Contraente abbia agito con buona fede.

Il Contraente non è tenuto a comunicare per iscritto le variazioni del rischio derivanti da sopravvenienze normative ovvero da modifiche degli orientamenti giurisprudenziali.

Art. 6 – DIMINUZIONE DEL RISCHIO

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

Art. 8 – RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni sinistro denunciato a termini di polizza e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società può recedere dall'assicurazione con preavviso di 120 giorni.

In tale caso essa, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio netto relativa al periodo di rischio non corso.

Art. 9 – ONERI FISCALI

Il premio comprende anche tutte le imposte e gli altri oneri stabiliti per legge relativi al premio, al contratto e agli atti da esso dipendenti.

Art. 11 – FORO COMPETENTE

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

Art. 11 - REVISIONE DEI PREZZI E DI ALTRE CLAUSOLE CONTRATTUALI - RECESSO

In applicazione dell'art. 106, comma 1, lett. a), del Codice, si provvederà alla revisione periodica dei corrispettivi indicati all'art. 7 del Contratto, sulla base dell'indice FOI specifico che più si avvicina alle prestazioni oggetto di affidamento.

Il Contraente, entro 15 giorni, a seguito della relativa istruttoria e tenuto conto delle richieste formulate, decide in ordine alle stesse, formulando la propria controproposta di revisione.

In caso di accordo tra le parti, si provvede alla modifica del contratto a decorrere dalla nuova annualità successiva.

In caso di mancato accordo tra le parti, la Società può recedere dal contratto di assicurazione a decorrere dalla scadenza dell'annualità.

Qualora alla data di effetto del recesso il Contraente non sia riuscito ad affidare il nuovo contratto di assicurazione, a semplice richiesta di quest'ultimo, la Società si impegna a prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni, normative ed economiche, in vigore per un periodo massimo di 30 (trenta) giorni, successivo alla scadenza dell'annualità. Il Contraente contestualmente provvede a corrispondere l'integrazione del premio.

Il recesso non produce effetto in caso di mancata produzione di informazioni sui sinistri, ai sensi del successivo art. 23, riferiti fino al mese antecedente a quello di esercizio del recesso.

Art. 12 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

Art. 13 – PRODUZIONE DI INFORMAZIONI SUI SINISTRI

Entro 30 (trenta) giorni dal termine di ogni semestre assicurativo la Società, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di riservatezza dei dati personali, si impegna a fornire al *Contraente* l'evidenza dei *sinistri* denunciati a partire dalla data di decorrenza del contratto.

Tale elenco dovrà essere trasmesso in formato "standard digitale aperto" (tramite file modificabili e non modificabili) e dovrà riportare per ciascun *sinistro* le seguenti indicazioni:

- numero di *sinistro*;
- la data di accadimento dell'evento;
- la data di denuncia.

Dovrà, inoltre, essere indicato lo *stato del sinistro* secondo la seguente classificazione e i dettagli di seguito indicati:

- *sinistro* agli atti senza seguito;

- sinistro liquidato in data per un importo pari a €...;
- sinistro aperto, in corso di verifica, con relativo importo stimato in €.....;
- sinistro respinto.

In caso di mancato rispetto di quanto previsto al comma 1 nel presente articolo, in assenza di adeguate motivazioni legate a causa di forza maggiore, l'Assicuratore dovrà corrispondere all'Amministrazione un importo pari allo 0,5 per mille del premio annuo complessivo per ogni giorno solare di ritardo.

La Società si impegna a fornire ogni altra informazione disponibile, relativa al contratto assicurativo in essere che il Contraente, d'intesa con la Società assicuratrice, ritenga utile acquisire nel corso della vigenza del contratto.

A quest'ultimo riguardo, il Contraente dovrà fornire adeguata motivazione.

Per gli adempimenti relativi alle informazioni da fornirsi successivamente alla data di scadenza del contratto, l'applicazione delle eventuali penali è garantita dalla cauzione definitiva che non potrà essere svincolata fino alla completa trasmissione delle informazioni di cui al comma 1.

Art. 14 – FORMA DELLE COMUNICAZIONI

Qualsiasi comunicazione dovrà essere effettuata tramite posta elettronica certificata (PEC) e/o altro mezzo che renda documentabile il ricevimento della comunicazione come ad esempio lettera raccomandata A/R indirizzate all'Assicuratore all'indirizzo PEC e/o nel domicilio legale indicato nel Contratto.

CONDIZIONI CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Art. 15 – Oggetto dell'assicurazione – Somme assicurate.

- a) L'assicurazione copre gli infortuni che possano subire i dipendenti del Contraente, che siano autorizzati a servirsi, in occasione di missioni e per adempimenti di servizio fuori dall'ufficio, limitatamente al tempo strettamente necessario per l'esecuzione delle prestazioni di servizio, del proprio autoveicolo, che risulta allo stesso intestato presso il PRA, oppure cointestato, ovvero rientri nella comunione di beni con il coniuge, in mancanza di diverse convenzioni; per queste persone i capitali assicurati si intendono i seguenti:

Morte:	€ 400.000,00
Invalidità Permanente da Infortunio:	€ 500.000,00
Rimborso spese mediche da infortunio:	€ 15.000,00

- b) L'assicurazione è inoltre estesa ai dipendenti del Contraente che, in occasione di missioni e per adempimenti di servizio fuori dall'ufficio, siano trasportati sui mezzi di trasporto di proprietà di un altro dipendente, come definito al comma precedente; per queste persone i capitali assicurati si intendono i seguenti:

Morte:	€ 200.000,00
--------	---------------------

Invalidità Permanente da Infortunio: **€ 250.000,00**

Rimborso spese mediche da infortunio: **€ 15.000,00**

- c) E' considerato infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte o un'invalidità permanente.
- d) Sono considerati infortuni e pertanto compresi in garanzia anche:
- l'asfissia non di origine morbosa;
 - gli avvelenamenti acuti di origine traumatica, da ingestione o assorbimento di sostanze;
 - contatto con corrosivi;
 - le affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi, esclusi il carbonchio, la malaria e le malattie tropicali;
 - l'annegamento;
 - l'assideramento o congelamento;
 - la folgorazione;
 - i colpi di sole o di calore;
 - le lesioni (esclusi gli infarti) determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico;
 - gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismi, attentati, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
 - gli infortuni derivanti da malore e incoscienza;
 - gli infortuni derivanti da imprudenza e negligenza anche gravi;
 - gli infortuni derivanti dall'uso o guida di ciclomotori e motocicli di qualunque cilindrata, trattori e macchine agricole semoventi, veicoli a motore e natanti, a condizione che l'Assicurato sia in possesso, ove prescritto, di regolare patente di abilitazione alla guida;
 - gli infortuni subiti in conseguenza di calamità naturali costituite da terremoto, maremoto, eruzione vulcanica, alluvioni, inondazioni e fenomeni connessi;
 - gli infortuni causati da influenze termiche e atmosferiche;
 - gli infortuni derivanti da abuso di alcolici, con l'esclusione di quelli subiti alla guida di veicoli e/o natanti in genere.
 - gli infortuni subiti in conseguenza di atti compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa.
- e) Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare preventivamente le generalità degli Assicurati e gli estremi di identificazione dei mezzi di trasporto. Resta peraltro inteso che il Contraente stesso, sotto pena di decadenza dal diritto alla operatività della garanzia, dovrà preventivamente annotare - su appositi registri e/o moduli debitamente vidimati anche ai fini delle assicurazioni sociali - le generalità delle

persone da ritenere assicurate, gli estremi di identificazione dei mezzi di trasporto nonché i previsti viaggi e spostamenti.

- f) E' fatto obbligo al Contraente di esibire, in qualsiasi momento, tali documenti alle persone incaricate dalla Società di effettuare accertamenti e controlli.

Art. 16 – Validità dell'assicurazione

Le garanzie della presente polizza sono operanti alle seguenti condizioni:

- a) che il guidatore dl veicolo sia munito di regolare patente di guida;
- b) che le missioni siano regolarmente autorizzate con provvedimento amministrativo, emesso anche dall'I.N.L. - Ispettorato Nazionale del Lavoro (ai sensi dell'art. 17 D.P.C.M. del 23.2.2016);
- c) che le missioni stesse siano riportate sul Registro informatizzato del Contraente, o dell'I.N.L.), tenuto costantemente aggiornato;
- d) che nel predetto provvedimento amministrativo siano evidenziati, per singola missione, i seguenti dati:
 - 1) generalità del dipendente, e dei dipendenti trasportati sui predetti autoveicoli;
 - 2) targa del veicolo;
 - 3) luogo, data ed ora di inizio e termine della missione;
 - 4) percorrenza kilomtrica dell'intera missione;
- e) che la denuncia di sinistro, presentata dal Contraente e sottoscritta anche dall'Assicurato, contenga in allegato fotocopia del provvedimento amministrativo da cui risultino i dati relativi alla missione.

Art. 17 – Rischi esclusi.

L'assicurazione non è operante se l'Assicurato, quale conducente del proprio veicolo, è privo della prescritta abilitazione alla guida.

Sono inoltre esclusi gli infortuni derivanti:

- a) da abuso di alcolici, di psicofarmaci, di stupefacenti o allucinogeni;
- b) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).

Art. 18 – Calamità naturali – Terremoti, Inondazioni, Alluvioni, Eruzioni Vulcaniche.

A parziale deroga dell'Art. 1912 del C.C., l'assicurazione è estesa agli infortuni causati da movimenti tellurici, inondazioni, alluvioni, eruzioni vulcaniche.

Resta espressamente convenuto che, nel caso di evento che colpisce più persone assicurate, in nessun caso la Società potrà essere chiamata a risarcire un indennizzo complessivo superiore a Euro 20.000.000,00.

Qualora gli indennizzi complessivamente dovuti eccedessero tale importo la Società procederà alla loro riduzione proporzionale. La riduzione conseguente al limite che precede verrà effettuata proporzionalmente alla somma assicurata per ogni persona.

Art. 19– Eventi catastrofici.

Resta convenuto che, in caso di sinistro - o serie di infortuni che siano causati, riconducibili o conseguenti alla stessa causa, evento o circostanza - che colpisca più assicurati, l'esborso a carico della Società non potrà superare la somma complessiva fissata di Euro 20.000.000,00.

Qualora gli indennizzi complessivamente dovuti eccedessero tale importo la Società procederà alla loro riduzione proporzionale. La riduzione conseguente al limite che precede verrà effettuata proporzionalmente alla somma assicurata per ogni persona.

Art. 20 – Limiti di età.

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore ai 75 anni.

Tuttavia al compimento del 75 anno di età, gli indennizzi previsti della presente sezione si intendono ridotti del 50%.

Art. 21 – Persone non assicurabili.

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

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

Il Contraente è esonerato dal denunciare difetti fisici, infermità o mutilazioni da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione del contratto o che dovessero in seguito sopravvenire. In caso di infortunio l'indennità per invalidità permanente viene liquidata per le sole conseguenze dirette ed esclusive causate dall'infortunio.

Art. 22 - Estensione dell'assicurazione ai conducenti dei veicoli in noleggio

L'assicurazione viene estesa ai dipendenti dell'Istituto addetti alla guida degli autoveicoli acquisiti dall'Amministrazione stessa con il sistema del "noleggio senza autista" (Art. 2, comma 119, della legge n. 662/1996, sue modifiche, integrazioni ed interpretazioni).

L'Amministrazione comunicherà all'Assicuratore la quantità e i dati di identificazione degli autoveicoli noleggiati, desunti dal documento contrattuale stipulato con l'impresa di autonoleggio, nonché quelli dei veicoli che, di volta in volta, vengono sostituiti temporaneamente o definitivamente.

Art. 23 – Estensione territoriale.

L'assicurazione vale per il territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.

Art. 24 – Denuncia dell'infortunio e obblighi relativi.

La denuncia dell'infortunio indicherà luogo, giorno, ora e causa dell'evento nonché delle cause che lo hanno determinato e dovrà essere indirizzata alla Società, entro 30 giorni dall'infortunio

o dal momento in cui l'ufficio della Contraente addetto alla gestione della polizza, l'Assicurato o i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità.

Quanto prima il Contraente, l'Assicurato o i suoi aventi diritto dovranno corredare la denuncia con la certificazione medica iniziale.

Avvenuto l'infortunio, l'Assicurato deve ricorrere alle cure di un medico e seguirne le prescrizioni.

Successivamente l'Assicurato deve inviare, periodicamente e sino a guarigione avvenuta, certificati medici sul decorso delle lesioni.

Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato, o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, dovrà essere dato avviso alla società entro 7 giorni lavorativi da quando il Contraente ne sia venuto a conoscenza.

Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato.

L'Assicurato, i suoi familiari o aventi diritto devono consentire alla visita di medici della Società e a qualsiasi indagine che questi ritengano necessaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato stesso.

Art. 25 – Criteri di indennizzabilità.

La Società corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano da considerarsi 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.

Nei casi preesistenti di mutilazioni o difetti fisici, 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.

Art. 26 – 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.

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

Art. 27 – Morte Presunta.

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile il corpo dell'assicurato scompaia e 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, sempreché non siano nel frattempo emersi elementi tali da rendere il danno non indennizzabile, non avverrà prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione e accoglimento dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta proposta ai termini degli articoli 60 e 62 del Codice Civile.

Quando sia stato effettuato il pagamento delle indennità ed in seguito l'Assicurato ritorni o si abbiano di lui notizie sicure, la Società avrà diritto alla restituzione delle intere somme liquidate e, l'Assicurato stesso potrà far valere i diritti che eventualmente gli sarebbero spettati nel caso avesse subito lesioni indennizzabili a norma della presente polizza, anche se nel frattempo fossero decorsi oltre due anni dall'evento subito e, quindi, senza che si possano da parte della Società invocare eventuali termini di prescrizione che, al più, inizieranno a decorrere da quel momento.

Art. 28 – Invalidità Permanente da infortunio.

Se l'infortunio ha per conseguenza un'invalidità permanente e questa si verifica entro 2 anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida per tale titolo un'indennità calcolata sulla somma assicurata per invalidità permanente, secondo la tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria per gli infortuni e le malattie professionali approvata con D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 e successive modifiche, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge.

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

La perdita totale e irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se si tratta di minorazione, le percentuali vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta. Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi o arti, l'indennità viene stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti a ogni singola lesione, fino al limite massimo del 100%.

L'indennità per la perdita funzionale e anatomica di una falange del pollice è stabilita nella metà, per la perdita anatomica di una falange dell'alluce nella metà e per quella di una falange di qualunque altro dito in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito.

Nei casi di invalidità permanente non specificati, l'indennità è stabilita tenendo conto della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato a un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorati, le percentuali sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Nei casi di invalidità permanente di grado pari o superiore al 65% sarà liquidata l'indennità pari all'intero capitale assicurato.

Art. 29 – Modalità per la liquidazione dell'indennizzo.

La liquidazione dell'indennizzo avrà luogo a guarigione avvenuta, previa presentazione alla Società dei documenti giustificativi in originale, debitamente quietanzati (notule, ricevute, ticket, fatture).

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquiderà l'indennità che risulta dovuta, ne darà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione e le coordinate bancarie per poter effettuare il bonifico, provvederà al pagamento entro 60 giorni dalla data di ricezione della documentazione sopra evidenziata.

Le indennità e i rimborsi vengono corrisposti in Italia e in Euro. Nel caso di spese sostenute in Paesi non aderenti all'Euro, il rimborso verrà calcolato al cambio rilevato dalla Banca Centrale Europea relativo al giorno in cui l'Assicurato ha sostenuto le spese.

Art. 30 – Controversie – Collegio Arbitrale.

In caso di disaccordo sulla causa o sulla natura delle lesioni o sulla valutazione delle conseguenze attribuibili all'infortunio, la vertenza viene deferita a un Collegio Arbitrale che risiede nel luogo di residenza dell'Assicurato oppure della sede del Contraente.

Il Collegio è composto di tre medici, di cui due nominati dalle Parti, una per ciascuna, e il terzo d'accordo fra i due primi, o, in difetto, dal Presidente dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio Arbitrale.

Gli arbitri, tenendo presenti le condizioni del contratto di assicurazione, decidono a maggioranza inappellabilmente come amichevoli compositori senza alcuna formalità giudiziaria; le loro decisioni impegnano le Parti anche se l'arbitro dissenziente non le ha sottoscritte.

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

Art. 31 – Rimborso spese mediche a seguito di infortunio.

La Società, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, rimborsa, fino alla concorrenza di € 15.000,00 per persona infortunata, le spese mediche sostenute per:

- ricovero o intervento chirurgico in day hospital: spese sostenute per degenza in istituto di cura per onorari di medici, cure mediche, esami, diritti di sala operatoria, materiale di intervento, trattamenti riabilitativi, rette di degenza;
- prestazioni sanitarie extra-ricovero: spese sostenute per accertamenti diagnostici, onorari medici, interventi chirurgici ambulatoriali, cure mediche, trattamenti riabilitativi, noleggio apparecchiature terapeutiche e/o ortopediche, cure e protesi dentarie;
- intervento riparatore di danno estetico (deturpazione obiettivamente constatabile): spese sostenute per cure e applicazioni effettuate allo scopo di ridurre o eliminare il danno estetico, nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica.

Rimangono espressamente escluse le spese sostenute per operazioni di chirurgia plastica, salvo quelle rese necessarie per eliminare o contenere il grado di invalidità permanente nonché quelle per il rilascio di certificazione medica a uso assicurativo.

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

La Società effettuerà i rimborsi, previa presentazione dei documenti giustificativi di spesa in originale, a cura ultimata.

Art. 32 – DETERMINAZIONE DEL PREMIO E CONGUAGLIO

Poiché il premio è convenuto in base ad elementi di rischio variabili, esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dall'applicazione dei tassi presentati dalla Società in sede di offerta economica, che rimangono fissi per tutta la durata del contratto, presupponendo una percorrenza annua di Km 13.000.000 relativa alle trasferte dei dipendenti oggetto della presente polizza, ed è regolato alla fine del periodo annuo assicurativo, secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio.

In relazione a quanto precede, entro 60 giorni dal termine del periodo annuale di assicurazione, onde procedere all'eventuale conguaglio, il Contraente invierà alla Società dichiarazione contenente l'ammontare complessivo delle percorrenze chilometriche oggetto della presente copertura assicurativa.

E' convenuto che la ritardata comunicazione da parte del Contraente degli elementi variabili a consuntivo, oltre il termine sopra stabilito, non pregiudicherà la validità continuativa della garanzia.

Le differenze attive e passive dovranno essere corrisposte entro 60 giorni dalla data di ricevimento dell'apposita appendice.

La mancata comunicazione dei dati occorrenti per la regolazione costituisce presunzione di una differenza attiva a favore della Società.

Nel caso di una differenza passiva a favore del Contraente, il conguaglio sarà effettuato al netto delle imposte in vigore, e in nessun caso potrà essere superiore al 20% del premio netto annuo anticipato.

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

Art. 33 – Rinuncia alla rivalsa.

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi causa al diritto spettante all'Assicuratore, che abbia pagato l'indennità, di surrogarsi (art. 1916 Codice Civile) nei diritti dell'Assicurato, che potrà così esercitarli integralmente nei confronti dei terzi responsabili.

Art. 34 – Responsabilità del Contraente.

Qualora l'infortunato o, in caso di morte, i beneficiari non accettino a completa tacitazione dell'infortunio l'indennizzo dovuto ai sensi della presente polizza e 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 Società da parte del Contraente.

Art. 35 – Assicurazione per conto altrui.

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

Art. 36 - Interpretazione del contratto.

L'eventuale discordanza tra le norme che regolano l'assicurazione in generale, le norme che regolano l'Assicurazione in particolare, le norme del Codice Civile sui contratti di assicurazione e gli atti legislativi inerenti la presente polizza, verrà risolta sempre nella maniera più favorevole al Contraente e/o agli Assicurati.

POLIZZA PER LA COPERTURA ASSICURATIVA INFORTUNI DIPENDENTI CHE UTILIZZANO IL PROPRIO MEZZO DI TRASPORTO PER MISSIONE DI LAVORO E DIPENDENTI TRASPORTATI SU DETTI VEICOLI

**RIEPILOGO GENERALE
MASSIMALI ASSICURATI E PREMI LORDI**

Partita assicurata	Tasso annuo lordo	Premio annuo lordo
Totali chilometri annui: Km 13.000.000	%o	€ Premio unitario €

RIEPILOGO PREMI PREMIO ANNUO LORDO A BASE D'ASTA € 19.500,00			
Periodo	Imponibile	Imposta Governativa	Totale premio annuo lordo
Annualità			
1° annualità	€	€	€
2° annualità	€	€	€
3° annualità	€	€	€
4° annualità	€	€	€
Totale quadriennio	€	€	€