Istituto Nazionale Previdenza Sociale

ISTITUTO NAZIONALE DELLA PREVIDENZA SOCIALE

Direzione Centrale Risorse Strumentali

CENTRALE ACQUISTI

Allegato 2d al Disciplinare di Gara

CAPITOLATO TECNICO

Procedura aperta di carattere comunitario, ai sensi dell'art. 55, 5° comma, del D.Lgs. n. 163 del 12 aprile 2006, con dematerializzazione delle offerte, suddivisa in 6 lotti, volta all'affidamento dei «*Servizi assicurativi inerenti al patrimonio e alle attività istituzionali*». La procedura è celebrata con le modalità dell'Asta Elettronica ai sensi dell'art. 85 del predetto Decreto e degli artt. 288 e ss. del D.P.R. n. 207 del 5 ottobre 2010.

Lotto 4: ***"Infortuni dipendenti che utilizzano il mezzo di trasporto per ragioni di servizio"***

Via Ciro il Grande, 21 – 00144 Roma

tel. +390659054280 - fax +390659054240

C.F. 80078750587 - P.IVA 0212115100

DEFINIZIONI

• Polizza	Il documento che prova l'esistenza del contratto assicurativo, come definito dall'art. 1882 del c.c., e che riassume i diritti e gli obblighi delle Parti in merito ad uno specifico rischio assicurativo.
• Contraente	Il soggetto che stipula l'assicurazione – INPS – Istituto Nazionale della Previdenza Sociale.
• Assicurato	Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.
• Beneficiario	Il soggetto o i soggetti in favore dei quali, in caso di morte dell'Assicurato, deve essere pagata la somma garantita.
• Società	L'impresa assicuratrice.
• Premio	Il corrispettivo contrattuale dovuto dal Contraente, a fronte della copertura assicurativa rilasciata dalla Società.
• Rischio	La probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.
• 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	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa
• Indennizzo	La 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 facoltà del Contraente non comunicare:

1. altre assicurazioni già stipulate o che stipulerà in futuro con altre Società per gli stessi rischi assicurati dalla presente polizza;
2. eventuali contratti individuali già stipulati o da stipularsi da parte degli assicurati anche per proprio conto.

Art. 3 – Pagamento del premio.

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nella polizza, sempreché il pagamento della prima rata di premio avvenga, in deroga all'art. 1901 codice civile, entro 60 (sessanta) giorni dalla data di ricevimento della polizza, fermo restando l'effetto dell'operatività della copertura assicurativa.

Qualora il Contraente non effettui il pagamento dei premi o delle rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 60° giorno dopo quello della scadenza e riprende dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme restando le successive scadenze e il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'articolo 1901 del Codice Civile.

I premi devono essere pagati alla Società.

Si considera come data di avvenuto pagamento quella dell'atto che conferisce tale ordine alla ragioneria dell'Ente, a condizione che gli estremi dell'atto vengano comunicati per iscritto alla Società a mezzo raccomandata o telefax.

Art. 4 – Modifiche dell'assicurazione.

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

Art. 5 – Diminuzione del rischio.

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

Art. 6 – Aggravamento del rischio.

Ai sensi dell'articolo 1898 del Codice Civile il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio.

Gli aggravamenti di rischio non accettati o non conosciuti dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione.

Art. 7 – Obblighi del contraente / assicurato in caso di sinistro.

In caso di sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono darne avviso scritto alla Società entro 30 (trenta) giorni dall'infortunio o dal momento in cui l'Assicurato o i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'articolo 1915 del Codice Civile.

Art. 8 – Disdetta in caso di sinistro.

Dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società può recedere dall'assicurazione, con preavviso di 90 (novanta) giorni.

In tal caso al Contraente spetta il rimborso della parte di premio netto relativo al periodo di rischio non corso.

Art. 9 – Durata dell'assicurazione.

La durata del contratto di assicurazione viene stabilita in 36 (trentasei) 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 36 (trentasei) 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 120 (centoventi) giorni prima della scadenza annuale del premio.

Art. 10 – Oneri fiscali.

II 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 della presente assicurazione è competente esclusivamente il Foro di Roma.

Art. 12 – Rinvio alle norme di legge.

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

Art. 13 – Forma delle comunicazioni.

Tutte le comunicazioni, alle quali il Contraente e l'Assicurato sono tenuti, devono avvenire a mezzo lettera raccomandata e/o fax e/o telex e/o telegramma e/o e-mail certificata indirizzati alla Società. Analoga procedura adotta la Società nei confronti del Contraente.

Art. 14 – Obblighi informativi e documentativi della Società.

Al fine di consentire al Contraente un costante monitoraggio dei sinistri, la Società è tenuta a dotarsi di tutti i più adeguati strumenti di archiviazione dei sinistri e dei dati informativi che li riguardino, al fine di conservarne gli estremi e comunicarne i contenuti all'Istituto in base allo schema di seguito indicato:

a) data di apertura della pratica presso la società;
b) nominativo del Terzo reclamante;
c) data di accadimento;
d) stato dei sinistri ("in trattativa", "liquidato", "chiuso senza seguito";
e) importo liquidato e relativa data di liquidazione;
f) importo riservato;
g) sinistri respinti, con l'indicazione di tutti gli elementi identificativi e con precisazione scritta delle motivazioni.

La documentazione di cui sopra dovrà essere fornita tramite supporto informatico, secondo formato compatibile e utilizzabile dal Contraente stesso.

Gli obblighi precedentemente descritti non potranno impedire al Contraente di chiedere e di ottenere un aggiornamento con le modalità di cui sopra, in date diverse da quelle indicate, anche successivamente alla scadenza contrattuale della polizza.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

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

a) L'assicurazione vale per gli infortuni che possano subire i dipendenti del Contraente, autorizzati a servirsi, in occasione di missioni e per adempimenti di servizio fuori dall'ufficio, del proprio mezzo di trasporto, limitatamente al tempo strettamente

necessario per l'esecuzione delle prestazioni di servizio. Per queste persone i capitali assicurati si intendono i seguenti:

Morte: **€ 300.000,00**

Invalidità Permanente da Infortunio: **€ 400.000,00**

Rimborso spese mediche da infortunio: **€ 5.000,00**

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 collega, come definito al comma precedente. Per queste persone i capitali assicurati si intendono i seguenti:

Morte: **€ 155.000,00**

Invalidità Permanente da Infortunio: **€ 207.000,00**

Rimborso spese mediche da infortunio: **€ 5.000,00**

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 all'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 – Rischi esclusi.

L'assicurazione non è operante se l'Assicurato, quale conducente del proprio veicolo, sia 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. 17 – 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 colpisse più persone assicurate, in nessun caso la Società potrà essere chiamata a risarcire un indennizzo complessivo superiore a Eur 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. 18– Eventi catastrofali.

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 (euro ventimilioni/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 – Recupero sperato – Coma continuato (Recovery Hope).

La Società riconosce a favore del Beneficiario e all'atto in cui sarà effettuata la scelta da parte del medesimo, il pagamento di un indennizzo, alternativo e sostitutivo di quelli previsti in polizza, secondo il massimale e le modalità qui di seguito definite:

a) l'ammontare dell'indennizzo per Recupero Sperato é pari all'indennità assicurata per il caso di morte stabilita in polizza.

   La Società verserà al Beneficiario (che sarà rappresentato come meglio definito in seguito) l'indennizzo per Recupero Sperato al verificarsi delle condizioni di seguito riportate;

b) potrà essere esercitata la richiesta di pagamento di indennizzo per Recupero Sperato:

   I. qualora l'assicurato rimanga in coma per un periodo continuativo e ininterrotto di 100 (cento) giorni;

   II. qualora venga data comunicazione alla Società, per iscritto e secondo le stesse modalità per la denuncia, dell'inizio dello stato di coma e dell'avvenuto superamento del periodo di 100 (cento) giorni continuativi e ininterrotti; in entrambi i casi tale comunicazione dovrà essere fatta alla Società, a pena di decadenza, entro 10 (dieci) giorni, rispettivamente dalla data di inizio del coma e dalla data di superamento di 100 (cento) giorni di coma;

   III. qualora venga fornita alla Società la documentazione richiesta ai sensi dell'art. 23, su tale stato;

c) la domanda di pagamento dell'indennizzo Recupero Sperato deve essere presentata dai familiari dell'assicurato o dagli aventi diritto. In caso di minore, deve essere presentata dai genitori o dal tutore nominato, corredata dal provvedimento dell'Autorità Giudiziaria competente (in particolare copia autentica del provvedimento di nomina a tutore e copia autentica del provvedimento che dovrà autorizzare il pagamento dell'indennizzo Recupero Sperato secondo le modalità e gli effetti previsti in questa specifica garanzia);

d) a partire dalla data di pagamento dell'indennizzo Recupero Sperato, la copertura assicurativa a favore dell'assicurato di cui alla polizza cesserà e la Società non sarà tenuta a corrispondere null'altro, né per morte né per invalidità permanente, salvo che al verificarsi delle condizioni indicate nel paragrafo che segue;

e) nell'ipotesi in cui entro 730 (settecentotrenta) giorni dalla data di pagamento dell'indennizzo Recupero Sperato, l'assicurato esca totalmente dal coma la Società, a richiesta dell'Assicurato stesso (dai genitori se trattasi di minore) o, a richiesta del tutore (purché debitamente autorizzato con provvedimento dell'Autorità Giudiziaria competente) effettuerà il pagamento di un indennizzo integrativo pari al 10% (dieci per cento) dell'importo già corrisposto, sino a un massimo di Euro 50.000,00 (cinquantamila). Tale pagamento sarà effettuato dopo che la ripresa dal coma abbia proseguito in modo continuativo e ininterrotto per almeno 30 (trenta) giorni e a condizione che alla Società sia stata fornita la documentazione richiesta su tale stato.

Art. 20 – Limiti di età.

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

Tuttavia al compimento del 75° anno di età, gli indennizzi previsti della presente sezione si intendono ridotti del 50% (cinquanta per cento).

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 di 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 territoriale.

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

Art. 23 – 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 90 (novanta) 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 (sette) 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 la visita di medici della Società e qualsiasi indagine che questi ritenessero necessaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato stesso.

Art. 24 – 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, così

come 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. 25 – Morte.

L'indennizzo per il caso di morte è dovuto se la morte stessa si verifica – anche successivamente alla scadenza della polizza - entro 2 (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, entro 2 (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. 26 – Morte Presunta.

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile il corpo dell'assicurato scompaia e non venga ritrovato, e qualora si presuma che 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 6 (sei) mesi dalla presentazione e accoglimento dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta proposta ai termini degli articolo 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. In tal caso, l'Assicurato potrà far valere i diritti che eventualmente gli sarebbero spettati nel caso in cui avesse subito lesioni indennizzabili a norma della presente polizza, anche se nel frattempo fossero decorsi oltre 2 (due) anni dall'evento subito. Pertanto non potranno essere invocati, da parte della Società, eventuali termini di prescrizione, i quali inizieranno a decorrere da quel momento.

Art. 27 – Invalidità Permanente da infortunio.

Se l'infortunio ha per conseguenza un'invalidità permanente e questa si verifica entro 2 (due) 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% (sessantacinque per cento), sarà liquidata l'indennità pari all'intero capitale assicurato.

Art. 28 – 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 risulti 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 15 (quindici) giorni lavorativi 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. 29 – 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 3 (tre) medici, di cui 2 (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. 30 – Rimborso spese mediche a seguito di infortunio.

La Società, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, rimborsa, fino alla concorrenza di € 5.000,00 (cinquemila) 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. 31 – 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 di seguito indicato 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.

II premio annuo lordo viene anticipato dal Contraente, presupponendo una percorrenza annua di Km 25.000.000 (venticinque milioni) relativa alle trasferte dei dipendenti oggetto della presente polizza, ed è provvisoriamente stabilito in € ……. per 12 (dodici) mesi e sarà soggetto a conguaglio, al termine dell'annualità assicurativa, da effettuare sul chilometraggio effettivamente percorso durante le trasferte dei dipendenti assicurati, sulla base di un premio imponibile convenuto in € ……. al chilometro.

In relazione a quanto precede, entro 60 (sessanta) 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 (sessanta) 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% (venti per cento) 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. 32 – 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. 33 – 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 e viene destinato 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. 34 – Coassicurazione e delega

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

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

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 kilometri annui: **Km 25.000.000**	**‰**	**€** **Premio unitario** **€**

RIEPILOGO PREMI			
Periodo	**Imponibile**	**Imposta Governativa**	**Totale premio annuo lordo**
Annualità			
1° annualità	€	€	€
2° annualità	€	€	€
3° annualità	€	€	€
Totale triennio	**€**	**€**	**€**

NON COMPILARE IN FASE DI OFFERTA