

**PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO QUINQUENNALE DEI  
SERVIZI ASSICURATIVI DI ATENEO  
CIG 9353707B31**



**Politecnico di Bari**

**CAPITOLATO POLIZZA INFORTUNI DIPENDENTI IN MISSIONE**

**DEFINIZIONI**

Ai seguenti termini, le Parti attribuiscono il significato di seguito precisato:

<b>Assicurazione:</b>	il contratto di assicurazione;
<b>Contraente:</b>	il Politecnico di Bari;
<b>Assicurato:</b>	il soggetto il cui interesse è protetto dall’Assicurazione;
<b>Attività:</b>	quella svolta dal Contraente per Statuto;
<b>Società o Compagnia:</b>	l’impresa assicuratrice affidataria dei servizi assicurativi;
<b>Polizza:</b>	il documento contrattuale che prova l’Assicurazione;
<b>Premio:</b>	la somma dovuta dal Contraente alla Società quale corrispettivo dell’Assicurazione;
<b>Rischio:</b>	la probabilità che si verifichi il Sinistro e i danni che possano derivarne;
<b>Franchigia:</b>	l’importo prestabilito di danno indennizzabile che rimane a carico del Contraente/Assicurato;
<b>Scoperto:</b>	la percentuale prestabilita di danno indennizzabile che resta a carico del Contraente/Assicurato;
<b>Sinistro o Danno:</b>	l’evento dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa;
<b>Indennizzo/Risarcimento:</b>	la somma dovuta dalla Società in caso di Sinistro;
<b>Inabilità temporanea:</b>	temporanea incapacità fisica dell’Assicurato di attendere alle attività assicurate in Polizza;
<b>Infortunio:</b>	evento dovuto a causa violenta, fortuita ed esterna che produca lesioni psico-fisiche obiettivamente constatabili;
<b>Invalidità permanente:</b>	diminuzione o perdita definitiva e irrimediabile della generica capacità dell’Assicurato a svolgere un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione esercitata;
<b>Invalidità permanente da malattia:</b>	la perdita definitiva, a seguito di Malattia, in misura totale o parziale, della capacità generica dell’Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione esercitata;
<b>Malattia:</b>	ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio, intendendo per tale ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni psico-fisiche oggettivamente constatabili;
<b>Malattie coesistenti:</b>	malattia o invalidità presente nel soggetto, che non determinano alcuna influenza peggiorativa sulla Malattia denunciata e sulla invalidità da essa causata, in quanto interessano sistemi organo-funzionali diversi;
<b>Malattie concorrenti:</b>	malattia o invalidità presente nel soggetto, che determinano una influenza peggiorativa sulla Malattia denunciata e sulla invalidità da essa causata, in quanto interessano sistemi organo-funzionali diversi;
<b>Retribuzioni:</b>	quanto, al netto delle ritenute previdenziali, il dipendente effettivamente riceve a compenso delle sue prestazioni, comprese le

indennità fisse, i premi, le gratificazioni, i compensi speciali di qualsiasi natura (escluso quanto corrisposto a titolo di rimborso spese), quando pure abbiano carattere transitorio o di contingenza, la partecipazione agli utili e le provvigioni, nonché l'equivalente in denaro di tutte le corresponsioni in natura, purché sul tutto sia conteggiato o conteggiabile il Premio.

## **CAPO I – CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE**

### **Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio. Variazioni del Rischio**

In deroga agli art. 1892, 1893, 1894 e 1898 c.c., l'omissione della dichiarazione da parte del Contraente/Assicurato di una circostanza che eventualmente modifichi o aggravi il Rischio, così come l'incompleta o inesatta dichiarazione all'atto della stipulazione della presente Polizza o durante il corso della stessa, non pregiudica il diritto al Risarcimento dei danni né comporta la riduzione dello stesso, sempreché tali omissioni o inesatte dichiarazioni siano avvenute in buona fede, con l'intesa che il Contraente/Assicurato avrà l'obbligo di corrispondere alla Società il maggior Premio proporzionale al maggior Rischio che ne deriva, con decorrenza dal momento in cui la circostanza aggravante si è verificata.

Del pari, non sarà considerata circostanza aggravante l'esistenza al momento del Sinistro della modifica delle attività del Contraente/Assicurato a seguito di variazione della normativa vigente regolante l'attività del Contraente medesimo.

Nel caso di diminuzione del Rischio, la Società è tenuta a ridurre il Premio o le rate di Premio successive alla comunicazione del Contraente/Assicurato ai sensi dell'art. 1897 c.c., e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Si conviene inoltre che la diminuzione del Premio conseguente ai casi previsti dal presente articolo sarà immediata e la Società rimborserà la relativa quota di Premio pagata e non goduta, escluse le imposte.

Il Contraente/Assicurato è esonerato da qualsiasi obbligo di dichiarare i Danni che avessero colpito le Polizze da loro sottoscritte a copertura dei medesimi rischi precedentemente alla stipulazione della presente Polizza.

### **Art. 2 - Durata del contratto**

L'Assicurazione avrà effetto dalle ore 24:00 del 31/10/2022 e scadrà alle ore 24:00 del 31/10/2027, senza tacito rinnovo alla scadenza finale né ripetizione del servizio alla scadenza del contratto.

Si conviene che le Parti hanno la facoltà di recedere dal contratto prima di ogni ricorrenza annua tramite PEC da inviarsi con almeno 90 (novanta) giorni di anticipo rispetto a ciascuna scadenza anniversaria.

La Società s'impegna comunque a concedere una proroga temporanea della presente Assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche, per un periodo massimo di 180 giorni decorrenti dalla scadenza del contratto, finalizzata all'espletamento delle procedure di gara per l'aggiudicazione della nuova Assicurazione, purché la richiesta del Contraente avvenga con un preavviso non inferiore ai 15 (quindici) giorni.

### **Art. 3 - Pagamento del Premio e decorrenza delle Garanzie**

A parziale deroga dell'art. 1901 c.c., il Contraente è tenuto al pagamento della prima rata di premio entro 60 (sessanta) giorni dalla data di decorrenza della Polizza, fermo restando l'effetto dell'operatività della copertura dalle ore 24:00 del giorno indicato in Polizza. Trascorso infruttuosamente tale termine, la copertura avrà effetto dalle ore 24:00 del giorno del pagamento.

Il termine di 60 (sessanta) giorni vale anche per il pagamento di appendici comportanti un premio alla firma.

Se il Contraente non paga i Premi per le rate successive, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00 del 60° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24:00 del giorno del pagamento ferme le successive scadenze (art. 1901 c.c.).

I Premi potranno essere pagati alla Direzione della Società o alla sede dell'Agenzia alla quale è assegnata la Polizza.

Per regolazioni e/o variazioni che comportino un pagamento di Premio, il Contraente potrà pagarlo, nei modi di cui sopra, entro 60 (sessanta) giorni dal ricevimento delle relative appendici, salvo termini a lui più favorevoli previsti altrove in Polizza.

Ai sensi dell'art. 48 del D.P.R. n. 602/1973 la Società da atto che:

- l'Assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuata dal Contraente ai sensi del D.M.E.F. del 18 gennaio 2008, n. 40, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 (trenta) giorni di cui all'art. 3 di tale Decreto;
- il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'art. 72-bis del D.P.R. n. 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 c.c. nei confronti della Società stessa.

#### **Art. 4 - Regolazione del Premio**

Premesso che il Premio viene anticipato in base all'applicazione dei tassi, che rimangono fissi per tutta la durata del contratto, da applicarsi sul parametro di cui all'art. 12, lo stesso sarà regolato alla fine del Periodo assicurativo annuo, secondo le variazioni intervenute, durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il calcolo del Premio.

A tale scopo, entro 60 (sessanta) giorni dalla fine dell'anno assicurativo, il Contraente deve fornire, per iscritto, i dati necessari per la regolazione del Premio alla Società, che provvederà a emettere e a recapitare al Contraente la relativa appendice contrattuale.

Le differenze attive o passive risultanti dalla regolazione, devono essere pagate entro 60 (sessanta) giorni dalla data di ricezione del relativo documento.

Se nel termine di scadenza di cui sopra il Contraente non fa luogo alle anzidette comunicazioni circa la regolazione del Premio, oppure non paga la differenza attiva del Premio dovuto nei termini indicati, la Società fisserà un ulteriore termine di 60 (sessanta) giorni dandone comunicazione al medesimo a mezzo lettera raccomandata. Trascorso detto termine, la Garanzia resterà sospesa, fermo l'obbligo del Contraente di provvedere al pagamento del Premio di regolazione dovuto.

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

#### **Art. 5 - Forma delle Comunicazioni**

Tutte le comunicazioni intercorrenti fra la Società e il Contraente devono essere fatte per mezzo PEC ovvero lettera raccomandata a.r. o telegramma.

#### **Art. 6 - Modifiche del Contratto**

Eventuali modifiche e/o integrazioni risultanti da appendici successive devono essere approvate per iscritto mediante documento sottoscritto dalle Parti.

#### **Art. 7 - Recesso in caso di Sinistro**

Dopo ogni Sinistro e dal 120° (centoventesimo) giorno dal pagamento, la Società e il Contraente hanno facoltà di recedere dal contratto con preavviso di 90 (novanta) giorni. In caso di recesso da parte della Società, questa è tenuta a rimborsare al Contraente entro 15 (quindici) giorni dalla data di efficacia del recesso, la parte di Premio imponibile relativa al periodo di rischio non corso.

In ogni caso, per ragioni di interesse pubblico, la Società si obbliga a garantire una proroga temporanea della presente Assicurazione, della durata massima di 4 (quattro) mesi dalla data in cui il recesso ha efficacia, finalizzata all'espletamento o al completamento delle procedure di aggiudicazione della nuova copertura e, comunque, sino all'individuazione del nuovo affidatario del servizio.

Si precisa che il recesso esercitato relativamente anche solo a una singola Polizza comporta il recesso dall'intero contratto.

#### **Art. 8 - Imposte e Oneri fiscali**

Il corrispettivo offerto dalla Società è comprensivo delle spese accessorie imposte e tasse; tali oneri fiscali relativi all'Assicurazione sono a carico del Contraente.

Eventuali oneri connessi alla stipula del contratto, comprese le spese di pubblicità legali della procedura, sono a carico della Società.

#### **Art. 9 - Foro competente**

Per tutte le controversie che dovessero sorgere per l'esecuzione del Contratto di cui al presente Capitolato è competente il Foro di Bari.

#### **Art. 10 - Rinvio alle norme di legge**

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

#### **Art. 11 - Interpretazione del contratto**

Si conviene fra le Parti che verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole all'Assicurato e/o Contraente su quanto contemplato dalle condizioni di Polizza.

#### **Art. 12 - Parametro per il calcolo del Premio**

Preventivo chilometri/anno percorsi con le auto: 75.000 (settantacinquemila).

#### **Art. 13 - Obblighi della Società nella gestione dei Sinistri**

La Società si obbliga a fornire al Politecnico, con cadenza annuale e non oltre il trentesimo giorno successivo a ogni scadenza di Polizza, un'informativa circa la quantificazione dei Sinistri denunciati, corredata dai seguenti dati minimi:

- a. numero di Sinistro;
- b. data di accadimento;
- c. tipologia di avvenimento;
- d. importo pagato;
- e. importo riservato;
- f. importo franchigia;
- g. data del pagamento o della chiusura senza seguito.

La Società si obbliga altresì a fornire al Contraente, entro e non oltre 30 (trenta) giorni dalla richiesta di quest'ultimo, i suddetti dati, con riferimento alla Polizza in corso. Gli obblighi a fornire i dati relativi all'andamento tecnico del Rischio, permane in capo alla Società anche oltre la scadenza contrattuale e fino a quando tutti i Sinistri denunciati sul Contratto non siano stati definiti.

#### **Art. 14 - Obblighi inerenti la tracciabilità dei flussi finanziari ex L. n. 136/2010**

La Società appaltatrice è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi di tracciabilità previsti dalla L. n. 136/2010.

Nel caso in cui la Società, nei rapporti nascenti con i propri eventuali subappaltatori, subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, abbia notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria di cui all'art. 3 della L. n. 136/2010 ne dà immediata comunicazione alla Stazione Appaltante ed alla Prefettura - Ufficio Territoriale del Governo della Provincia ove ha sede la Stazione Appaltante.

L'Amministrazione può verificare, in occasione di ogni pagamento all'appaltatore e con interventi di controllo ulteriori, l'assolvimento da parte dello stesso, dei subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, agli obblighi relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari.

La Società s'impegna a fornire ogni documentazione atta a comprovare il rispetto, da parte propria nonché dei subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, degli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla L. n. 136/2010.

Secondo quanto previsto dall'art. 3, co. 9-bis, L. n. 136/2010, il mancato utilizzo del bonifico bancario o postale ovvero degli altri strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni, nelle transazioni finanziarie relative a pagamenti effettuati dagli appaltatori, subappaltatori e subcontraenti

della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, costituisce causa di risoluzione del contratto ai sensi dell'art. 1456 c.c. La risoluzione si verifica quando la parte interessata dichiara all'altra che intende valersi della presente clausola risolutiva. La risoluzione, in base all'art. 1458 c.c., non si estende alle obbligazioni della Società derivanti da sinistri verificatisi antecedentemente alla risoluzione del contratto.

## **CAPO II - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI**

### **Art. 15 - Oggetto dell'Assicurazione**

L'Assicurazione vale per gli Infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento delle attività indicate in ogni singola categoria.

### **Art. 16 - Esclusioni**

Fatte salve le deroghe espressamente altrove previste in Polizza, sono esclusi dall'Assicurazione gli Infortuni derivanti:

- a. dalla guida di veicoli e natanti a motore, se l'assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- b. dalla pratica del paracadutismo, del parapendio e degli sport aerei in genere;
- c. da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- d. da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- e. da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- f. da guerre o insurrezioni;
- g. da movimenti tellurici, inondazioni o eruzioni vulcaniche;
- h. 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.);
- i. da infarti ed ernie di qualsiasi tipo.

### **Art. 17 - Limite di età**

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

Tuttavia, per le persone che raggiungono tale età in corso di contratto, l'Assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del Premio e cessa al compimento di detto termine, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di Premi scaduti dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso verranno restituiti al Contraente.

### **Art. 18 - 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 paranoici.

Di conseguenza, l'Assicurazione cessa al manifestarsi di tali affezioni.

### **Art. 19 - Estensioni territoriali**

L'Assicurazione vale in tutto il mondo. L'inabilità temporanea, al di fuori dell'Europa o degli Stati extraeuropei del Mediterraneo, è indennizzabile limitatamente al periodo di ricovero ospedaliero; tale limitazione cessa dalle ore 24:00 del giorno di rientro in Europa o negli Stati sopra menzionati.

### **Art. 20 - Criteri di indennizzabilità**

La Società corrisponde l'Indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio. Se, al momento dell'Infortunio, l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

### **Art. 21 - 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, ma se 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. 22 - Invalidità Permanente**

L'Indennizzo per il caso di invalidità permanente è dovuto se l'invalidità stessa si verifica – anche successivamente alla scadenza della Polizza – entro due anni dal giorno dell'Infortunio.

L'Indennizzo per invalidità permanente parziale è calcolato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, in proporzione al grado d'invalidità accertata secondo i criteri e le percentuali indicate nella tabella di cui all'allegato 1 del D.P.R. n. 1124/1965, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della Franchigia relativa prevista dalla legge.

Nei confronti delle persone affette da mancinismo, le percentuali di invalidità previste per l'arto superiore destro e la mano destra, varranno per l'arto superiore sinistro e la mano sinistra e viceversa. Se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita totale, le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella di cui sopra, l'Indennizzo è stabilito in riferimento alle percentuali dei casi indicati, tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

La perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi o arti comporta l'applicazione di una percentuale d'invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna lesione, con il massimo del 100% (centoperceto).

#### **Art. 23 - Inabilità temporanea**

L'Indennizzo per inabilità temporanea è dovuto:

- a. integralmente, per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle sue occupazioni;
- b. al 50% (cinquantapercento) per ogni giorno in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle sue occupazioni.

L'Indennizzo per inabilità temporanea viene corrisposto per un periodo massimo di 365 giorni.

L'Indennizzo per inabilità temporanea è cumulabile con quelli dovuti per morte, invalidità permanente e diaria da ricovero.

La presente Garanzia viene prestata con una Franchigia temporale assoluta di 3 (tre) giorni.

#### **Art. 24 - Diaria da ricovero**

Se in conseguenza a Infortunio indennizzabile a termini di Polizza l'Assicurato viene ricoverato in Istituto di cura legalmente riconosciuto, la Società corrisponde l'indennità giornaliera assicurata, pattuita per ogni giorno di ricovero, per un periodo massimo di 300 (trecento) giorni.

La diaria viene liquidata dietro presentazione di copia della cartella clinica completa di dichiarazione dell'Istituto di cura attestante la durata del ricovero.

L'Indennizzo per diaria da ricovero è cumulabile con quelli dovuti per morte, invalidità permanente e inabilità temporanea.

#### **Art. 25 - Rimborso spese mediche da infortunio**

La Società rimborsa agli Assicurati, in caso di Infortunio risarcibile a termini di Polizza, il costo delle cure mediche sostenute, fino a concorrenza, per ogni evento, dell'importo indicato sulla scheda di rischio.

Per cure mediche si intendono:

- spese ospedaliere o cliniche;
- onorari a medici e chirurghi;
- accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio;
- spese per il trasporto su ambulanze e/o mezzi speciali di soccorso all'istituto di cura o ambulatorio;
- spese fisioterapiche in genere e spese farmaceutiche;

- spese per la prima protesi, escluse comunque le protesi dentarie.

Rimangono espressamente escluse le spese sostenute per operazioni di plastica, salvo quelle rese necessarie per eliminare o contenere il grado di invalidità permanente.

Qualora gli Assicurati fruiscano di altre analoghe prestazioni assicurative (sociali o private), la Garanzia vale per l'eventuale eccedenza di spese da questa non rimborsate.

#### **Art. 26 - Modalità di valutazione del danno. Controversie**

In caso di divergenza sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni, sul grado o durata dell'inabilità temporanea e sulla loro entità, le Parti si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato a decidere, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, a un Collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo di comune accordo o in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici.

Il Collegio medico risiede presso la sede del Contraente.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da esso designato, contribuendo per metà alle spese e competenze del terzo medico.

Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale.

#### **Art. 27 - 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'art. 1891 c.c.

#### **Art. 28 - Diritto di surrogazione**

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 c.c. verso i Terzi responsabili dell'Infortunio.

### **CAPO III - RISCHI ASSICURATI, CATEGORIE E SOMME ASSICURATE**

#### **Art. 29 - Dipendenti in missione**

La Garanzia deve intendersi prestata in ottemperanza degli obblighi di legge derivanti al Contraente, di garantire i Dipendenti per gli infortuni subiti durante lo svolgimento della missione o di adempimenti di servizio fuori ufficio, qualora sia autorizzato l'utilizzo di veicoli a motore, purché non intestati al PRA a nome del Contraente, limitatamente al tempo necessario per l'esecuzione delle relative prestazioni.

La copertura comincia dall'effettivo inizio del viaggio, indipendentemente se esso avvenga dal luogo di residenza dell'Assicurato o dalla sede di lavoro; la copertura termina al ritorno dell'Assicurato a una delle predette sedi di partenza.

Gli importi liquidati in base alla presente Polizza saranno detratti delle somme eventualmente spettanti a titolo di equo indennizzo per lo stesso evento.

La presente Polizza è rivolta alla copertura di lesioni o decesso del conducente addetto alla guida e delle persone di cui sia stato autorizzato il trasporto per i rischi non compresi nell'assicurazione obbligatoria di terzi (D.Lgs. n. 209/2005).

#### **Art. 30 - Somme assicurate**

Morte: €200.000,00 (Euro duecentomila/00)

Invalidità permanente: €250.000,00 (Euro duecentocinquantamila/00)

Rimborso Spese sanitarie: €5.000,00 (Euro cinquemila/00)

### **CAPO IV - CONDIZIONI PARTICOLARI**

#### **Art. 31 - Condizioni particolari**

Si precisa che sono considerati Infortuni anche:

- asfissia causata da fuga di gas o di vapore;
- soffocamento da ingestione di solidi e/o liquidi;
- avvelenamenti o intossicazioni acuti da ingestione di cibo o altre sostanze;

- intossicazioni anche aventi origine traumatica;
- affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi, escluse per queste ultime quelle di cui gli insetti siano portatori necessari, le punture vegetali, nonché le infezioni tutte conseguenti ad eventi risarcibili a termini di Polizza;
- ustioni in genere, nonché il contatto con corrosivi caustici;
- annegamento;
- assideramento o congelamento;
- folgorazione e scariche elettriche in genere;
- colpi di sole o di calore o di freddo;
- lesioni determinate da sforzi con esclusione di infarti ed ernie.

L'Assicurazione vale anche per:

- gli Infortuni sofferti in stato di malore o incoscienza o conseguenti a vertigini;
- gli Infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- gli Infortuni derivanti da influenze termiche ed atmosferiche;
- gli Infortuni conseguenti a colpi di sonno.

#### **a) Eventi sociopolitici**

L'Assicurazione vale anche per gli Infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismo, attentati, atti violenti che abbiano movente politico, economico, sociale e sindacale, purché l'Assicurato provi di non aver preso parte attiva.

#### **b) Calamità naturali**

Sono compresi gli Infortuni derivanti da calamità naturali e dalle forze della natura in genere quali terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni, straripamenti, mareggiate, frane, grandine e neve.

#### **c) Colpa grave**

L'Assicurazione vale anche per gli Infortuni derivanti da colpa grave dell'Assicurato.

#### **d) Rischio guerra**

L'Assicurazione vale anche per gli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) o insurrezioni per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se e in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero in un Paese sino ad allora in pace.

#### **e) Infezioni traumatiche contratte durante operazioni chirurgiche**

L'Assicurazione vale anche per le infezioni (malattie virali, infezioni, epatite, HIV, AIDS e simili) conseguenti a trauma e/o contatto subito durante l'attività svolta per conto del Contraente.

L'operatività della Garanzia è subordinata alla denuncia dell'Infortunio entro 30 (trenta) giorni dal fatto e dovrà essere allegata alla denuncia analisi del sangue comprovante la precedente sieronegatività per le patologie suindicate; l'Assicurato dovrà tenersi disponibile alle eventuali analisi successive che la Società riterrà opportuno richiedergli e dette analisi dovranno essere praticate non oltre 30 (trenta) giorni dalla denuncia di Infortunio. In caso di negatività, il test per HIV, epatite virali B e C dovrà essere ripetuto entro 180 (centottanta) giorni. Qualora anche quest'ultimo test risultasse negativo, si procederà all'accertamento definitivo al termine di 1 anno dall'evento per il solo HIV.

#### **f) Rischio *in itinere***

La Garanzia comprende il rischio *in itinere*, cioè gli infortuni che possono colpire gli Assicurati durante:

- il tragitto dall'abitazione (anche occasionale) al luogo di lavoro e viceversa;
  - il tragitto dalla sede dove viene svolta la loro attività fino al raggiungimento di altre sedi e viceversa;
- purché questi Infortuni avvengano durante il tempo necessario a compiere il percorso per via ordinaria e con gli abituali mezzi di locomozione, tanto privati che pubblici.

#### **g) Ernie traumatiche e da sforzo - ernie addominali**

A parziale deroga delle Condizioni Generali di Assicurazione, l'assicurazione è estesa, limitatamente ai casi di invalidità permanente e di inabilità temporanea, quest'ultima sempre che sia prevista dal contratto, alle ernie addominali da sforzo e traumatiche, con l'intesa che:

- qualora sia operabile, viene corrisposta solamente l'indennità per il caso di inabilità temporanea fino a un massimo di 30 giorni;
- qualora l'ernia, anche bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, viene corrisposta solamente un'indennità non maggiore del 10% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente totale;
- qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio medico di cui alle Condizioni Generali di Assicurazione.

#### **h) Franchigia su Invalidità permanente**

Sui primi €250.000,00 di capitale assicurato, l'Indennizzo verrà riconosciuto senza applicazione di alcuna Franchigia. Sull'eccedenza di tale somma non si farà luogo a Indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado inferiore o uguale al 5% dell'invalidità permanente totale; se invece essa risulterà superiore al 5% dell'invalidità permanente totale, l'Indennizzo verrà corrisposto soltanto per la parte eccedente. Nel caso in cui l'invalidità permanente sia di grado pari o superiore al 50% dell'invalidità permanente totale, l'Indennizzo verrà liquidato senza applicazione di alcuna Franchigia.

#### **i) Liquidazione Invalidità permanente**

Per i casi di Invalidità Permanente conseguenti a Infortunio di grado non inferiore al 50% accertato con i criteri di indennizzabilità previsti dalle condizioni di Assicurazione verrà corrisposto un Indennizzo pari al 100% del capitale assicurato.

#### **l) Malattie professionali**

Nei casi in cui la copertura sia resa obbligatoria in forza di C.C.N.L., l'Assicurazione viene estesa anche alle malattie professionali che si manifestino nel corso della validità del presente contratto e che producano la morte o riducano l'attitudine al lavoro.

La valutazione dell'Invalidità Permanente da malattia professionale e la liquidazione dei rispettivi Indennizzi, saranno effettuati in conformità alle disposizioni contenute nel D.P.R. n. 1124/1965, con l'intesa che gli Indennizzi stessi saranno pagati in capitale anziché in rendita.

Qualora, in conseguenza di una malattia professionale o di infortunio, l'attitudine al lavoro dell'Assicurato risulti permanentemente ridotta in modo tale da non consentire la prosecuzione del rapporto di impiego con analoghe mansioni, la somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente verrà liquidata al 100% (cento per cento).

#### **m) Anticipo Indennizzo**

Qualora a seguito di infortunio fosse quantificata un'Invalidità Permanente di grado superiore al 20%, la Società metterà a disposizione, quale anticipo Indennizzo, il 50% dell'importo presumibilmente indennizzabile, con il massimo di €51.000,00.

#### **n) Morte presunta**

Nel caso di presentazione di istanza per la dichiarazione di morte presunta ai sensi degli artt. 60 e 62 c.c., la Società liquida agli aventi diritto la somma assicurata per il caso di morte, a condizione che:

- i. siano trascorsi 180 giorni dalla data in cui risale l'ultima notizia dell'Assicurato;
- ii. possa ragionevolmente desumersi che la morte è avvenuta per un evento indennizzabile ai sensi di polizza.

Se successivamente l'Assicurato ritorna o ne è provata l'esistenza, la Società può agire anche nei suoi confronti per il recupero di quanto pagato e degli interessi, l'Assicurato potrà tuttavia far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita.

#### **o) Diabete**

L'Assicurazione vale anche per le persone affette da diabete, a condizione che l'infortunio non sia conseguenza diretta del diabete ed esclusa ogni complicazione riferibile al diabete.

#### **p) Ubriachezza**

A parziale deroga di quanto indicato nell'art. 14, l'Assicurazione vale anche per gli Infortuni sofferti in stato di ubriachezza, esclusi comunque quelli conseguenti a ubriachezza.

#### **q) Esonero dall'obbligo di denuncia di infermità mutilazioni o difetti fisici**

Il Contraente è esonerato dalla denuncia di infermità, difetti fisici o mutilazioni di cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipula o che dovessero in seguito sopravvenire.

**r) Esonero denuncia generalità degli Assicurati**

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per l'identificazione di tali persone si farà riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione del Contraente, che la Società ha il diritto di verificare e controllare in qualsiasi momento, insieme ad ogni altro documento probatorio.

**s) Deroga denuncia altre assicurazioni**

Il Contraente è espressamente esonerato dall'obbligo di denunciare le altre eventuali assicurazioni che i singoli Assicurati avessero in corso o stipulassero in proprio con altre Società.

**t) Atti di terrorismo**

A parziale deroga di quanto altrove previsto, la Garanzia è estesa agli infortuni derivanti da atti di terrorismo compiuti tramite armi e/o ordigni di tipo convenzionale.

Non sono compresi in Garanzia gli infortuni derivanti da atti terroristici posti in essere tramite l'uso di sostanze nucleari, biologiche, batteriologiche o chimiche, qualunque sia il tipo di arma e/o ordigno e/o congegno utilizzato per portare a termine l'azione. Sono comunque esclusi dalla Garanzia tutti gli infortuni derivanti da atti terroristici in cui l'Assicurato vi abbia partecipato in modo volontario.

È definito atto di terrorismo, una qualsiasi azione violenta fatta col supporto dell'organizzazione di uno o più gruppi di persone (anche se realizzato da una persona singola) diretta a influenzare qualsiasi governo e/o terrorizzare l'intera popolazione o una parte importante di esse, allo scopo di raggiungere un fine politico o religioso o ideologico o etnico.

**u) Danni estetici**

Si conviene che in caso di Infortunio non escluso dalle condizioni della presente Polizza, che produca conseguenze di carattere estetico, ma che non comporti risarcimento a titolo di invalidità permanente, la Compagnia rimborserà comunque le spese sostenute dall'Assicurato per le cure e per gli interventi, anche chirurgici effettuati allo scopo di ridurre o eliminare il danno estetico. La presente Garanzia deve intendersi prestata sino alla concorrenza di €5.000,00 (Euro cinquemila/00).

## **CAPO V - PROCEDURA SINISTRI**

**Art. 32 - Denuncia dell'infortunio e obblighi relativi**

In deroga a quanto disposto dall'art. 1913 c.c., il Contraente/Assicurato, in caso di Sinistro, deve darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la Polizza oppure direttamente alla Società entro 45 (quarantacinque) giorni da quando l'ufficio del Contraente/Assicurato stesso addetto alla gestione della specifica pratica ne è venuto a conoscenza.

La denuncia dell'Infortunio indicherà luogo, giorno, ora e causa dell'evento e sarà corredata da certificato medico. Il decorso delle lesioni dovrà essere documentato da ulteriori certificati medici. L'Assicurato, o in caso di morte, il beneficiario, deve consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari.

**Art. 33 - Liquidazione dell'Indennità**

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquiderà l'Indennità che risulti dovuta, ne darà comunicazione agli interessati e al Contraente, avuta notizia della loro accettazione, provvederà al pagamento entro 60 giorni dalla sottoscrizione del modulo di liquidazione dalla Società.

Il diritto all'Indennità per Invalidità Permanente è di carattere personale, quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato morisse, dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Società pagherà ai beneficiari l'importo liquidato od offerto.

Inoltre, se dopo il pagamento di un'Indennità per Invalidità Permanente ma entro 2 anni dal giorno dell'Infortunio e in conseguenza di questo l'Assicurato morisse, la Società corrisponderà ai beneficiari la differenza fra l'Indennità pagata e il capitale assicurato per il caso di Morte, ove questa fosse superiore, e non chiederà il rimborso nel caso contrario.