

*Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento della Protezione Civile*



CAPITOLATO

**POLIZZA CUMULATIVA INFORTUNI DIPENDENTI E
ALTRI OPERATORI**

Lotto n. 1
CIG. Z8228BE35E

CAPITOLO 1 – EFFETTO E DURATA DELLA POLIZZA

Il contratto di assicurazione decorre dalle ore 24:00 del 30/09/2019 e termina alle ore 24:00 del 30/09/2020, e non è previsto il tacito rinnovo. Il Contraente si riserva inoltre la facoltà di richiedere alla Società di prorogare il contratto di 180 (centottanta) giorni dopo la scadenza finale, se ciò risultasse necessario per concludere la procedura di gara per l'aggiudicazione di un nuovo contratto, con preavviso di almeno 30 (trenta) giorni da darsi alla Società mediante lettera raccomandata.

In tale ipotesi, il premio relativo al periodo di proroga verrà conteggiato sulla base di 1/360 del premio annuale della polizza appena scaduta per ogni giorno di copertura

CAPITOLO 2 – DEFINIZIONI

Ai seguenti termini le Parti attribuiscono il significato qui precisato:

Assicurazione	Il contratto di assicurazione;
Polizza	Il documento che prova l'assicurazione;
Contraente	Il soggetto che stipula l'assicurazione;
Assicurato	Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione;
Società	Impresa assicuratrice;
Premio	La somma dovuta dal Contraente alla Società;
Infortunio	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che procura lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte e/o invalidità permanente e/o una inabilità temporanea;
Invalidità permanente	La diminuita capacità o la perdita definitiva ed irrimediabile della capacità generica ad una qualsiasi attività proficua, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato;
Indennizzo	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro;
Beneficiario	In caso di morte, saranno gli eredi legittimi o testamentari. In caso di Invalidità Permanente saranno gli assicurati stessi;
Broker	In Più Broker Srl, con sede in via dei Baullari n. 24 - Roma
Periodo Assicurativo	Durata della copertura ai fini dell'applicazione di limiti, franchigie e scoperti e determinazioni del premio. Equivale ad una annualità fatto salvo dove diversamente indicato.

CAPITOLO 3 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Art. 1 – Descrizione dell'attività

A titolo esemplificativo e non limitativo, le attività consistono nel:

- a) La Previsione, intendendo come tale l'insieme di attività tecnico-scientifiche, che vanno dalla raccolta di informazioni sul territorio alla loro elaborazione, fino alla interpretazione dei dati raccolti in base a modelli e simulazioni di eventi, al fine di valutare le situazioni di possibile rischio, allertare il sistema di intervento con il massimo anticipo utile, ma anche di fornire alle autorità preposte gli elementi necessari a prendere decisioni ragionate e tempestive.
- b) La Prevenzione, intendendo come tale ogni azione tendente alla riduzione di rischi di origine naturale o antropica a salvaguardia delle persone, dei beni e dell'ambiente. Comprende attività pianificatorie, programmatiche, ricognitive ed eventualmente operative in situazioni di comprovata urgenza, ferma restando la piena competenza degli Enti per la definitiva eliminazione della situazione a rischio;
- c) L'Addestramento e formazione, intendendo come tale ogni azione volta a migliorare le conoscenze tecniche e le capacità operative dei dipendenti e degli operatori di protezione civile, ivi compresi la manutenzione ordinaria delle sedi e dei mezzi;

- d) L'Esercitazione, intendendo come tale ogni azione svolta al fine di migliorare, attraverso la simulazione di stati d'emergenza, il grado di preparazione dei dipendenti e degli altri operatori in previsione di futuri impegni in situazioni di emergenza;
- e) L'Emergenza, intendendo come tale ogni azione che, al verificarsi di eventi calamitosi di qualsiasi natura, sia volta al soccorso della popolazione, al contenimento dei danni ed al ripristino delle condizioni di normalità;
- f) Le attività di protezione civile a qualsiasi titolo autorizzate dalle Autorità competenti.

Sono considerati infortuni anche, i seguenti eventi riportati in via esemplificativa e non limitativa:

- L'asfissia per fuga di gas, vapori o esalazioni velenose;
- Gli avvelenamenti o le intossicazioni conseguenti ad ingestione, assorbimento inalazione od esposizione di sostanze tossiche, cancerogene o nocive in genere;
- Le infezioni, gli avvelenamenti o le lesioni derivanti da morsi o punture in genere;
- Le malattie infettive contratte per contagio durante lo svolgimento delle attività di Protezione Civile, sono escluse la malaria, le malattie tropicali e il carbonchio, salvo quanto diversamente previsto;
- L'annegamento;
- L'assideramento o congelamento;
- La folgorazione;
- I colpi di sole, di calore o di freddo;
- Le lesioni (esclusi gli infarti) determinate da sforzi;
- Infortuni causati dalle forze della natura della natura compresi movimenti tellurici, maremoti, eruzioni vulcaniche, alluvioni, frane, smottamenti, valanghe e slavine, fermo restando che per gli accadimenti di cui al presente punto in ogni caso la Società non corrisponderà complessivamente per evento somma superiore ad Euro 10.000.000,00.

Si precisa inoltre che la garanzia vale anche per gli infortuni qui di seguito indicati in via esemplificativa e non limitativa derivante dall'Assicurato:

- Durante la guida e conduzione di autoveicoli, macchine operatrici, imbarcazioni o motocicli di qualsiasi cilindrata;
- Durante le scalate di rocce ed accesso a ghiacciai di grado non superiore al terzo, estesa ai gradi superiore purchè accompagnati da guida patentata;
- Per imprudenze, negligenze o colpa grave, in stato di malore incoscienza e vertigine;
- In occasione di rapine, attentati, sequestri, tumulti popolari, atti violenti od aggressioni in genere, con l'esclusione della partecipazione dell'Assicurato, al di fuori dei compiti di istituto o di quelli comunque affidatagli dal Dipartimento, agli eventi;
- Per le ernie addominali "traumatiche" con le limitazioni previste dall'art. 6 di cui al presente capitolo.

Qualora gli assicurati siano coperti da assicurazione obbligatoria ai sensi di legge, le garanzie prestate dalla presente polizza operano limitatamente alle prestazioni non coperte dalla predetta assicurazione obbligatoria.

Art. 2 – Categorie Assicurate

A) Dipendenti e altri operatori

La presente garanzia è prestata a favore di:

1. dipendenti del Dipartimento della Protezione Civile;
2. altri operatori del Dipartimento della Protezione Civile;
 - i tecnici e/o consulenti impegnati, su specifica richiesta del Dipartimento della Protezione Civile, in situazioni di emergenza;
 - i dipendenti di altre Amministrazioni o Enti Locali allorché operano alle dipendenze del Dipartimento della Protezione Civile;

- i soggetti impegnati nelle operazioni di repressione degli incendi boschivi o in esercitazioni antincendio programmate in accordo con il Dipartimento della Protezione Civile;
- il personale addetto a macchine operatrici impegnato per il Dipartimento della Protezione Civile;
- i componenti di commissioni, Comitati od organismi comunque definiti, istituiti con specifico atto, per le sole attività e per i soli periodi di tempo in cui operano presso le sedi del Dipartimento della Protezione Civile, ovvero in altre località previo incarico del Dipartimento medesimo;
- volontari del servizio civile;

ed è operante per gli infortuni che l'Assicurato subisca in occasione della partecipazione all'attività del Contraente, allo svolgimento delle attività e compiti svolti per conto del Contraente e per gli infortuni verificatisi a causa ed in occasione dell'espletamento di tutte le attività e funzioni connesse alla carica, al lavoro, al servizio o all'attività prevista, ivi comprese quelle esercitate in Enti e Aziende collegate e/o controllate dal Contraente.

Le somme assicurate per le singole garanzie vengono riportate al Capitolo 6 della presente polizza.

B) Infortuni Dipendenti in missione

La garanzia deve intendersi prestata in ottemperanza agli obblighi di legge derivanti al Contraente e garantire i dipendenti per gli infortuni subiti durante lo svolgimento della missione o di adempimento di servizio fuori dalla sede abituale, qualora sia autorizzato l'utilizzo di mezzi di trasporto, purchè non intestati al PRA a nome del Contraente quali veicoli, cicli e motocicli, limitatamente al tempo necessario per l'esecuzione delle prestazioni relative.

L'assicurazione garantisce anche gli infortuni alle persone di cui sia stato autorizzato il trasporto.

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

Poiché la presente assicurazione è stipulata dal Contraente anche nel proprio interesse e secondo quanto disposto dai relativi D.P.R. gli importi liquidati in base alla presente polizza saranno detratti dalle 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 (ex legge 990/69).

Le somme assicurate per le singole garanzie vengono riportate al Capitolo 6 della presente polizza.

C) Infortuni Conducente veicoli di proprietà dell'Ente

Infortuni subiti da conducenti e dalle persone di cui sia autorizzato il trasporto durante il viaggio, per la forzata sosta e la ripresa della marcia, per tutti i veicoli di proprietà, o in uso all'Ente.

Sono compresi in garanzia anche la salita e la discesa dagli automezzi.

Poiché la presente assicurazione è stipulata dal Contraente anche nel proprio interesse e secondo quanto disposto dai relativi D.P.R. gli importi liquidati in base alla presente polizza saranno detratti dalle somme eventualmente spettanti a titolo di equo indennizzo per lo stesso evento.

La presente polizza è rivolta alla copertura di lesioni del conducente addetto alla guida e delle persone di cui sia stato autorizzato il trasporto per i rischi non compresi nell'assicurazione obbligatoria (ex legge 993/69).

Le somme assicurate per le singole garanzie vengono riportate al Capitolo 6 della presente polizza.

Art. 3 – Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni occorsi:

- Per eventi direttamente connessi allo stato di guerra dichiarata o non dichiarata;
- Durante la guida e l'uso di mezzi di locomozione aerea e la guida di mezzi subacquei;
- Dalla pratica del paracadutismo, del parapendio e degli sport aerei in genere;
- In conseguenza di dolo o di azioni delittuose dell'Assicurato;

- Sotto influenza di stupefacenti, psicofarmaci ed allucinogeni assunti volontariamente fatto salvo se dietro prescrizione medica;
- Da stato di ubriachezza alla guida di veicoli o natanti a motore in genere;
- In conseguenza diretta od indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle nucleari.

Art. 4 – Atti di terrorismo

A parziale deroga delle Condizioni di Assicurazione, la garanzia è estesa agli infortuni derivanti da atti di terrorismo compiuti tramite armi e/o ordigni di tipo convenzionale.

Non 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 gruppo 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 ha partecipato in modo volontario.

E' 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 ad influenzare qualsiasi governo e/o terrorizzare l'intera popolazione, o una parte importante di essa, allo scopo di raggiungere un fine politico o religioso o ideologico o etnico.

Art. 5 – Rischio aeronautico

L'assicurazione comprende gli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei effettuati in qualità di passeggero di velivoli ed elicotteri eserciti da società di traffico regolare, non regolare e di trasporto a domanda, nonché da autorità civili e militari in occasione di traffico civile, da ditte o privati per attività turistica e di trasferimento e da società di lavoro aereo, esclusivamente durante il trasporto pubblico passeggeri, ed è prestata per le somme corrispondenti a quelle assicurate con la presente polizza e per rischi da essa previsti.

Restano esclusi i voli effettuati su velivoli ed elicotteri eserciti da aeroclubs.

Il cumulo delle somme assicurate, con questa garanzia o con altre assicurazioni, da chiunque stipulate a favore degli stessi Assicurati per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni, non potrà superare le somme assicurate:

- Euro 1.549.370,70 per il caso di invalidità permanente
- Euro 1.549.370,70 per il caso morte

Per persona e di:

- Euro 7.746.853,49 per il caso di invalidità permanente
- Euro 7.746.853,49 per il caso morte

Complessivamente per aeromobile.

In detta limitazione per aeromobile rientrano i capitali riferentisi ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze infortuni, unicamente se stipulate dallo stesso Contraente.

Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedessero gli importi sopraindicati, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno adeguate con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti.

Art. 6 – Ernie traumatiche

La garanzia è estesa per i casi di invalidità permanente alle ernie ed in genere alle lesioni conseguenti a sforzi.

Per le ernie addominali, si adottano i seguenti criteri:

1. ernie operabile – viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 2% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente totale.
2. ernie non operabili – l'indennizzo viene computato in base alla tabella INAIL (D.P.R. 30.06.1965 n° 1124 e successive variazioni) con rinuncia all'applicazione della relativa franchigia, fermo restando in ogni caso che la società non corrisponderà indennità superiore al 10 % della somma assicurata per il caso di invalidità permanente totale.

Art. 7 – Rientro Sanitario (valido in Italia e all'Estero)

La garanzia è estesa al rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato in caso di infortunio o malattia che colpiscono nel corso di una missione o viaggio disposto dal Contraente e che rendano necessario il suo trasporto con qualsiasi mezzo ritenuto idoneo in ospedale attrezzato in Italia fino al limite di Euro 15.000,00.

Art. 8 – Rimpatrio della salma (valido in Italia e all'estero)

La garanzia è estesa al rimborso delle spese sostenute per il rimpatrio della salma dell'Assicurato, in caso di decesso a seguito di infortunio o malattia che lo colpiscano nel corso di una missione o viaggio disposto dalla Contraente, fino al luogo di sepoltura e fino alla concorrenza di Euro 10.000,00.

Art. 9- Rischio guerra

A parziale deroga dell'art. 3 del presente Capitolo, la garanzia vale anche per gli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata e non dichiarata) per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'assicurato risulti sorpreso dello scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero.

Art. 10 – 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 indennizzo a titolo di invalidità permanente, la Società rimborserà comunque le spese documentate sostenute dall'Assicurato per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico, nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica, il tutto entro il limite di Euro 5.000,00 per evento.

Art. 11 – Rimborso spese mediche

La società garantisce, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza e fino alla concorrenza del massimale espresso nell'apposita scheda del Capitolo 6, il rimborso degli onerari dei medici e dei chirurghi, delle rette di degenza in ospedali e case di cura, delle spese per accertamenti diagnostici, esami di laboratorio e terapie fisiche, nonché delle spese farmaceutiche.

Art. 12 – Infortuni in itinere

Si intendono coperti gli infortuni verificatisi durante il tempo necessario e compiere il tragitto, anche con l'uso dei mezzi di locomozione previsti dal contratto, compresi i mezzi pubblici o privati utilizzati dall'assicurato, dal luogo di residenza o domicilio dell'Assicurato al luogo di lavoro o viceversa.

Art. 13 – Malattie tropicali

La garanzia si intende estesa alle malattie tropicali dalle disposizioni di Legge in materia. La garanzia viene prevista fino alla concorrenza delle somme stabilite per le garanzie infortuni e con un massimo di Euro 110.000,00 per il caso morte e di Euro 130.000,00 caso di invalidità permanente. La somma assicurata per Invalidità permanente è soggetta ad una franchigia relativa del 20%. Pertanto non si farà luogo all'indennizzo per invalidità Permanente quando questa sia di grado non superiore al 20% della totale. Se invece l'invalidità permanente supera il 20% della totale verrà corrisposto l'indennizzo in rapporto al grado d'invalidità permanente residuo. L'Associata dichiara che gli assistiti si trovano in perfette condizioni di salute e che sono stati sottoposti alle prescritte pratiche di profilassi.

CAPITOLO 4 – ESTENSIONI PARTICOLARI

WORLD WIDE - RISCHIO GUERRA

Le garanzie della presente polizza sono operanti, con specifica applicazione di un premio aggiuntivo, per gli infortuni derivanti da atti di guerra dichiarata e non dichiarata e da operazioni militari insurrezioni e tumulti popolari. Tale estensione di garanzia è operante nel mondo intero esclusi i Paesi dell'Italia, dello Stato del Vaticano, e della Repubblica di San Marino.

In ogni caso restano esclusi gli infortuni derivanti da guerra dichiarata e non tra due qualsiasi dei

seguenti paesi:

- Iraq, Afghanistan, Somalia, Cecenia e Corea del Nord.

Dalla garanzia sono escluse le conseguenze di scoppi di ordigni nucleari con conseguente cessazione automatica di tale estensione di garanzia.

L'estensione della presente garanzia al Rischio Guerra potrà essere in qualsiasi momento annullata dalla Società assicuratrice a mezzo lettera raccomandata o fax che diverrà operante dalle ore 24 del settimo giorno dal momento in cui la comunicazione è stata inoltrata.

La Società assicuratrice comunque accetta di ripristinare la garanzia se interverrà con la Contraente, prima della scadenza della notifica della disdetta, un accordo per un nuovo tasso di premio e/o condizioni e/o limiti geografici. Resta comunque convenuto che le indennità dovute in base alla presente polizza ed alle eventuali altre assicurazioni stipulate dallo stesso Contraente e da terzi in favore degli stessi Assicurati per il rischio guerra, non potranno complessivamente superare l'importo massimo di € 10.000.000,00

Fermo restando le franchigie e capitali assicurati previsti in polizza, la presente garanzia viene prestata con una franchigia assoluta in caso di invalidità permanente del 5%, pertanto non si farà luogo a indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado non superiore al 5% della totale, qualora il grado di invalidità permanente risulti superiore al 5% l'indennizzo da liquidare sarà commisurato alla sola parte eccedente detta percentuale di invalidità;

Ogni Missione che necessiti di copertura "Rischio Guerra" sarà oggetto, di volta in volta, di specifica attivazione di garanzia; il Contraente dovrà comunicare in forma scritta al Broker, almeno 48 ore lavorative prima della partenza della missione, i seguenti dati:

- Paese di Destinazione
- Data della Partenza della Missione
- Nominativi del personale impiegato nella Missione
- Durata della Missione

In tal senso la copertura sarà attiva esclusivamente dal momento in cui verrà ricevuta la conferma da parte della Compagnia, con la comunicazione del relativo premio che sarà sempre calcolato per persona per settimana e rimarrà comunque acquisito dalla società in caso di minor durata. Il premio dovrà comunque essere compreso tra un minimo di € 200,00 per settimana ed un massimo di € 600,00 a seconda della tipologia di paese richiesto.

CAPITOLO 5 – NORME GENERALI

Art. 1 – Persone non assicurabili

Sono ammessi al beneficio dell'assicurazione tutti indistintamente gli Assicurati a prescindere dalle loro condizioni di salute e da eventuali pregresse minorazioni fisiche o mutilazioni delle quali gli Assicurati stessi risultassero affetti, restando comunque espressamente confermato quanto previsto dall'art. 3 del presente Capitolo (Criteri di indennizzabilità).

L'assicurazione non vale per le persone di età superiore a 80 anni.

Per le persone che raggiungono tale limite di età l'assicurazione avrà termine alla prima scadenza annuale del premio.

Art. 2 – Denuncia del sinistro e relativi obblighi

La denuncia dell'infortunio dovrà contenere l'indicazione del luogo, del giorno e dell'ora dell'evento, nonché le cause che lo determinano, dovrà essere corredata di certificato medico ed indirizzata a In Più Broker Srl all'agenzia a cui assegnato il contratto, entro il 30° giorno lavorativo dall'infortunio o dal momento in cui il Contraente, l'assicurato od i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità

Successivamente l'Assicurato deve inviare, periodicamente e sino a guarigione avvenuta, certificati medici sul decorso delle lesioni, nonché le fatture, notule e ogni altro documento comprovante le spese mediche o farmaceutiche sostenute e rimborsabili.

Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, dovrà essere dato immediatamente avviso alla Società a mezzo telefax e/o e-mail.

Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato, salvo che siano espressamente comprese nell'assicurazione.

Art. 3 – Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio può avere esercitato su tali condizioni, come pure per il pregiudizio che esse portano all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

Parimenti, nei casi di preesistente mutilazione o difetto fisico, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti.

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

b) INVALIDITA' PERMANENTE

Se ad un infortunato in conseguenza di un infortunio verrà riconosciuta una invalidità permanente e questa si verificherà - anche successivamente alla scadenza della polizza - ma comunque entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquiderà per tale titolo e solo in questo caso una indennità calcolata sulla somma assicurata al momento dell'infortunio per l'invalidità permanente, come segue:

la valutazione del grado di Invalidità Permanente sarà effettuata facendo riferimento alla Tabella allegata al D.P.R. del 30.06.1965 n. 1124 (Settore Industria) con rinuncia alle franchigie relative stabilite, nonché alle successive eventuali modificazioni, con l'intesa che le percentuali indicate in Tabella vengano riferite ai capitali assicurati per il caso di invalidità permanente.

La società prende atto che se l'Assicurato risulta mancino il grado di invalidità per il lato destro sarà applicato al sinistro e viceversa.

Nel caso in cui l'Assicurato subisca un infortunio ad un arto superiore o ad una mano o ad un avambraccio e risultasse che questi erano gli unici perfettamente integri o tali che venissero usati come "destri" si dovrà tenere conto di ciò anche nella valutazione del grado di invalidità permanente.

In caso di valutazione della Invalidità Permanente di grado pari o superiore al 60% verrà liquidata la somma pari al 100% della somma assicurata.

La Società corrisponderà l'indennizzo per la parte eccedente i 5 punti percentuali di invalidità permanente che la rappresentano, quindi, franchigia assoluta per ogni sinistro.

c) MORTE PRESUNTA

La Società dichiara che se il corpo dell'Assicurato non venisse trovato entro un anno a seguito di arenamento, affondamento e naufragio del mezzo di trasporto aereo, lacustre, fluviale o marittimo, nonché in caso di scomparsa per qualsiasi altra causa, fermo restando quanto previsto dalle Condizioni di Assicurazione, verrà riconosciuto l'indennizzo previsto per il caso di morte, considerando l'evento di cui sopra come infortunio.

Quando sia stato effettuato il pagamento delle indennità ed in seguito l'Assicurato ritorni o si abbiano su di lui notizie sicure, la Società ha diritto alla restituzione delle intere somme pagate e relative spese, e l'assicurato stesso potrà fare valere i suoi diritti che eventualmente gli sarebbero spettati nel caso avesse subito lesioni indennizzabili a norma della presente convenzione.

Le lesioni corporali causate dall'esposizione agli elementi della natura dovuti ad un atterraggio di fortuna, arenamento, affondamento o naufragio del mezzo di trasporto sopra richiamato, sono peraltro garantite dalla presente polizza.

Art. 4 – Controversie

In caso di controversie di natura medica sulla indennizzabilità dell'infortunio nonché sulla misura dei rimborsi o sulla liquidità delle indennità, le Parti si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere se ed in quale misura siano dovuti i rimborsi e le indennità a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo dalle Parti di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio medico.

L'arbitrato avrà luogo nella sede di medicina legale più vicina alla residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunererà il medico da esso designato, contribuendo per la metà delle 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 obbligatorie per le parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale.

Art. 5 – 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, avuta notizia della loro accettazione, provvederà al pagamento.

Il diritto all'indennità per invalidità permanente è di carattere personale, quindi non è trasmissibile agli eredi; tuttavia, se l'Assicurato morisse per cause indipendenti dall'infortunio 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 due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo l'Assicurato morisse, la Società corrisponderà la differenza pagata ed il capitale assicurato per il caso di morte ove questo fosse superiore e non chiederà il rimborso in caso contrario.

L'indennità viene corrisposta in Italia ed in Euro.

L'assicurato od il di lui avente diritto, trascorsi i 90 giorni dalla data di presentazione della denuncia di sinistro, può richiedere alla Società il pagamento di un acconto sin al massimo del 50% del presumibile indennizzo, a condizione che non siano sorte contestazioni sull'operatività della garanzia e che la presunta percentuale di invalidità stimata dalla Società, in base alla documentazione acquisita, sia superiore al 15%.

Il pagamento dell'acconto sarà effettuato dalla Società entro 45 giorni dalla richiesta dell'anticipo, salvo il diritto della Società alla restituzione qualora emergano successivamente fatti che comportino l'inoperatività della garanzia a termine della polizza.

L'acconto non potrà comunque essere superiore a euro 100.000,00 qualunque sia l'ammontare del sinistro.

CAPITOLO 6 – NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

Art. 1 – Buona fede

L'eventuale omissione di dichiarazioni o comunicazioni da parte del Contraente di una circostanza aggravante il rischio, così come qualsiasi errore e/o omissione non intenzionale o comunque involontario, non pregiudica questa assicurazione.

Art. 2 – Pagamento del premio

A parziale deroga dell'art. 1901 C.C. il Contraente/Assicurato è tenuto al pagamento della prima rata di premio entro 60 giorni dal ricevimento della polizza, fermo restando l'effetto dell'operatività della copertura dalle ore 24 del giorno indicato in polizza. Trascorso infruttuosamente tale termine, la copertura avrà effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

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

Se il Contraente/Assicurato non paga i premi per le rate 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.).

Art. 3 – Regolazione del premio

Il premio, convenuto in base ad elementi di rischio variabili, viene applicato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo, o della minore durata del contratto, secondo le variazioni, intervenute durante lo stesso periodo, degli elementi presi come base per il conteggio del premio fermo il premio stabilito in polizza.

A tale scopo, entro 90 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o della minore durata del contratto, il Contraente deve fornire per iscritto alla Società i dati necessari e cioè l'indicazione degli elementi variabili contemplati in polizza.

Le differenze, attive o passive, risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei 60 giorni dalla ricezione da parte del Contraente della relativa appendice di regolazione, formalmente ritenuta corretta.

In caso di mancata comunicazione dei dati di regolazione o di mancato pagamento del premio di conguaglio, al fine della sospensione delle garanzie, la Società dovrà darne comunicazione al Contraente, a mezzo raccomandata; le garanzie si intenderanno sospese a decorrere dal trentesimo giorno dalla ricezione della stessa.

Se il contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società fermo il suo diritto di agire, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo di sospensione delle garanzie. La Società ha il diritto di effettuare in qualsiasi momento verifiche e controlli per i quali il contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e la documentazione necessaria.

Le operazioni di cui al presente ed al precedente articolo saranno effettuate tramite In Più Broker Srl, Broker incaricato dal Contraente per la gestione ed esecuzione della polizza.

Art. 4 – Limiti territoriali

La presente polizza si intende operante nel mondo intero. Gli eventuali indennizzi verranno corrisposti in Italia e in Euro.

Art. 5 – Altre assicurazioni

Gli assicurati sono esonerati dall'obbligo di comunicare preventivamente l'esistenza di altre assicurazioni infortuni e malattia.

Art. 6 – Esonero denuncia infermità e difetti fisici

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le infermità, le mutilazioni i difetti fisici da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire.

Art. 7 – Recesso del contratto a seguito di denuncia di sinistro

Dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, le Parti possono recedere dall'assicurazione con preavviso di 120 giorni.

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

Art. 7bis – Clausola di Recesso

In caso di mancato accordo tra le parti, ai sensi dell'art. 18 bis, l'Assicuratore può recedere dal contratto di assicurazione, il recesso decorre dalla scadenza dell'annualità.

La facoltà di recesso si esercita entro 30 (trenta) giorni dalla proposta di cui all'art. 18 bis, presentata dall'Assicuratore, ovvero nei casi del medesimo articolo, entro 30 giorni dalla ricezione della controproposta dell'Amministrazione.

Qualora alla data di effetto del recesso, l'Amministrazione non sia riuscita ad affidare il nuovo contratto di assicurazione, a semplice richiesta di quest'ultima, l'Assicuratore si impegna a prorogare l'Assicurazione alle medesime condizioni, normative ed economiche, in vigore per un periodo massimo di 30 giorni, l'Amministrazione contestualmente provvedere a corrispondere il relativo premio.

Art. 8 – Forma delle comunicazioni del Contraente o dell'Assicurato o degli aventi diritto della società.

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente, l'Assicurato o gli aventi diritto sono tenuti, devono essere fatte, perché siano valide, con lettera raccomandata o telefax o e-mail alla Direzione della Società o al broker

Art. 9 – Rinuncia al diritto di surroga

La società rinuncia a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto all'azione di rivalsa ("surroga") che potesse competere per l'art. 1916 C.C. verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Art. 10 – Imposte e diritti

Le spese di bollo, tasse, imposte e diritti dipendenti dalla presente assicurazione sono a carico del Contraente o dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

Art. 11 – Foro competente

Per ogni controversia diversa da quelle previste dall'art. 4 del capitolo 4 e relative all'interpretazione e applicazione della presente polizza sarà competente esclusivamente il foro della sede del Contraente.

Art. 12 – Clausola Broker

Il Contraente incarica la In Più Broker Srl della gestione ed esecuzione della presente polizza per tutta la durata, proroghe, rinnovi e/o sostituzioni.

Pertanto, agli effetti delle condizioni della presente polizza gli Assicuratori danno atto che ogni comunicazione fatta dal Contraente/Assicurato tramite il Broker si intenderà come fatta dal Contraente/Assicurato stesso.

Art. 13 – Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non espressamente menzionato e disciplinato dalla presente polizza si farà riferimento a quanto previsto dal Codice Civile.

Art. 14 – Validità esclusiva delle norme dattiloscritte

Si intendono operanti solo le norme dattiloscritte.

La firma apposta dalla Contraente su moduli a stampa forniti dalla Società vale solo quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio tra le società partecipanti alla coassicurazione.

Art 15 – Interpretazione del contratto

Si conviene tra le Parti che in caso di dubbia interpretazione delle norme contrattuali verrà data l'interpretazione più estensiva e favorevole al Contraente/Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di assicurazione.

Art. 17 – Obblighi della Società nella gestione dei sinistri

Con periodicità semestrale, la Società s'impegna a fornire al Contraente i dati afferenti l'andamento del rischio. In particolare la Società fornirà il rapporto sinistri/premi, sia in via aggregata che disaggregata, onde consentire al Contraente di predisporre, con cognizione, le basi d'asta ed alle Imprese offerenti, in ipotesi di gara, di effettuare le proprie *offerte* su dati tecnici personalizzati.

La statistica sinistri dovrà essere così suddivisa:

- sinistri denunciati;
- sinistri riservati (con indicazione dell'importo a riserva);
- sinistri liquidati (con indicazione dell'importo liquidato);
- sinistri respinti.

Tutti i sinistri dovranno essere corredati di data di apertura della pratica presso la Società, di data di accadimento del sinistro denunciato dal terzo reclamante, indicazione del nominativo del terzo reclamante, data della eventuale chiusura della pratica per liquidazione od altro motivo.

Il monitoraggio deve essere fornito progressivamente, cioè in modo continuo ed aggiornato dalla data di accensione della copertura fino a quando non vi sia l'esaurimento di ogni pratica.

La documentazione di cui sopra dovrà essere fornita al Contraente preferibilmente mediante supporto informatico compatibile ed utilizzabile dal Contraente stesso.

Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al Contraente di chiedere ed ottenere un aggiornamento con le modalità di cui sopra in date diverse da quelle indicate.

Art. 18– Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – Variazioni del rischio

Qualora nel corso del contratto si verificano variazioni che modificano il rischio, la Società può richiedere la relativa modificazione delle condizioni in corso.

Nel caso in cui l'Assicurato non accetti le nuove condizioni, la Società, nei termini di 30 (trenta) giorni dalla ricevuta comunicazione della variazione, ha diritto di recedere dal contratto, con preavviso di 60 (sessanta) giorni. Se la variazione implica diminuzione di rischio, il premio è ridotto in proporzione a partire dalla scadenza annuale successiva alla comunicazione fatta dall'Assicurato.

L'omissione della dichiarazione da parte dell'Assicurato e/o del Contraente di una circostanza aggravante del rischio, come le incomplete ed inesatte dichiarazioni all'atto della stipulazione della polizza e durante il corso della medesima, non pregiudicano il diritto al risarcimento dei danni, sempre che tali omissioni o inesatte dichiarazioni siano avvenute in buona fede.

Resta inteso che l'Assicurato avrà l'obbligo di corrispondere alla Società il maggior premio proporzionalmente al maggior rischio che ne deriva, con decorrenza dal momento in cui la circostanza aggravante si è verificata.

Art. 18bis - Revisione dei prezzi e delle clausole contrattuali

Per i contratti di durata poliennale, qualora si intenda chiedere la revisione del prezzo, sei mesi prima della scadenza dell'annualità, sulla base dei dati a disposizione, da comunicare all'Amministrazione, l'assicuratore può segnalare all'Amministrazione il verificarsi delle ipotesi di modifiche del rischio previste all'art. 18 e richiedere motivatamente, ai sensi dell'art. 106 del D.Lgs. 50/2016 la revisione dei premi o delle condizioni contrattuali attinenti alle franchigie, agli scoperti o ai massimali assicurati

L'Amministrazione contraente, entro 15 giorni, a seguito della relativa istruttoria e tenuto conto delle richieste formulate, decide in ordine alle stesse, formulando la propria controrisposta di revisione.

In casi di disaccordo tra le parti si provvede alla modifica del contratto a decorrere dalla nuova annualità.

Art. 18 ter - Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave

Nell'ipotesi di cui all'art. 1893 comma 1 del Codice Civile, in assenza di dolo o colpa grave, il diritto di recesso dell'Assicuratore potrà avvenire, fermo restando l'obbligo della dichiarazione da farsi

all'Amministrazione nei tre mesi successive al giorno in cui l'Assicuratore ha conosciuto l'inesattezza delle dichiarazioni o la reticenza secondo la procedura di cui agli art. 18 e 18 bis e con decorrenza del termine di 30 giorni dalla ricezione della citata dichiarazione

CAPITOLO 7 – CAPITALI ASSICURATI

La copertura è prestata per le attività previste in polizza e per quelle ad esse analoghe con i limiti sotto indicati:

Garanzia	Capitali assicurati
Caso Morte	Euro 300.000,00=
Caso Invalidità Permanente	Euro 300.000,00=
Spese mediche e farmaceutiche da infortunio	Euro 15.000,00=
Rientro sanitario	Euro 15.000,00=
Rimpatrio della salma	Euro 10.000,00=
Danni estetici	Euro 5.000,00=

CAPITOLO 8– SOGGETTI ASSICURATI

N. 741 Dipendenti

N. 3 Professionisti

N. 3 Collaboratori