



AGENZIA REGIONALE PER LA PROTEZIONE DELL'AMBIENTE DELLA SARDEGNA

ARPAS

Direzione amministrativa

**CAPITOLATO SPECIALE
COPERTURA ASSICURATIVA CONTRO GLI INFORTUNI**

Le norme dattiloscritte qui di seguito annullano e sostituiscono integralmente tutte le condizioni riportate a stampa sui moduli della Compagnia Assicuratrice eventualmente allegati alla polizza, che quindi si devono intendere abrogate e prive di effetto. La firma apposta dall'Assicurato/Contraente – in questo caso l'ARPAS - su moduli a stampa vale pertanto solo quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio tra le società partecipanti all'eventuale coassicurazione.

DEFINIZIONI

Nel testo che segue, si intendono:

Assicurazione: il contratto di assicurazione;

Polizza: il documento che prova l'assicurazione;

Contraente: la persona fisica o giuridica che stipula il contratto di assicurazione;

Assicurato: la persona fisica o giuridica il cui interesse è protetto dall'assicurazione;

Società: L'impresa assicuratrice delegataria nonché le imprese coassicuratrici;

Premio: la somma dovuta dal Contraente alla Società;

Sinistro: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione;

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, un'inabilità permanente oppure una inabilità temporanea;

Indennizzo: la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro;

Scoperto/Franchigia: la parte di danno che rimane a carico dell'Assicurato;

Rischio: la probabilità che si verifichi il sinistro;

Veicolo/Natante: parco veicoli costituito da natanti/gommoni/veicoli, altri mezzi di trasporto;

Beneficiario: il soggetto cui, in caso di morte dell'Assicurato, deve essere pagata la somma garantita

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

ART. 1 – DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DI RISCHIO

Qualora nel corso della durata dell'assicurazione intervengano modifiche dell'entità del rischio, l'Assicurato ne darà comunicazione all'Assicuratrice.

Qualora dovesse intervenire un aggravamento del rischio, l'Assicuratrice provvederà a calcolare l'aumento del premio, nel rispetto dei criteri proporzionali applicati per la proposizione dell'offerta di gara, ed in relazione all'entità del rischio aumentato e comunicato formalmente dal Contraente.

L'eventuale omissione della comunicazione, da parte del Contraente, di circostanza che vada ad aggravare il rischio, all'atto della stipulazione della polizza o durante il corso di validità della stessa, non pregiudica il diritto al risarcimento del danno, intendendosi avvenute in buona fede, restando inteso che il Contraente avrà l'obbligo di corrispondere all'Assicuratrice la differenza di premio proporzionale al maggior rischio derivato dal momento in cui si è verificata la circostanza che ha determinato l'aggravio.

Qualora, invece, intervenga una diminuzione del rischio, l'Assicuratrice è tenuta a ridurre il premio, nel rispetto dei criteri proporzionali applicati per la proposizione dell'offerta di gara, ed in relazione all'entità di diminuzione del rischio, comunicato formalmente dal Contraente, riconoscendo un ristorno proporzionale del premio pagato e non goduto.

ART. 2 – PROVA DEL CONTRATTO - FORMA DELLE COMUNICAZIONI

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

Tutte le comunicazioni tra le Parti dovranno avvenire a mezzo lettera, raccomandata e non, raccomandata a mano, telegramma, telefax o altro mezzo telematico ed avranno effetto dalla data di invio, quando questa sia rilevabile.

ART.3 – DURATA DEL CONTRATTO

La durata del presente contratto, viene stabilita in anni 3 (tre) dalle ore 24.00 del 31/07/2009 alle ore 24.00 del 31/07/2012 e a tale data la polizza si intenderà cessata a tutti gli effetti senza obbligo di disdetta da parte del contraente.

E' facoltà del contraente richiedere il rinnovo del contratto per un uguale periodo, se lo stesso ne ravviserà l'opportunità e la convenienza.

E' inoltre facoltà del contraente, entro 30 giorni antecedenti la scadenza, richiedere alla società la proroga temporanea della presente assicurazione, fino al completo espletamento delle eventuali procedure di gara per l'aggiudicazione del nuovo contratto assicurativo.

La società in tal caso si impegna a prorogare la presente assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche in vigore, per un periodo massimo di 180 giorni, a fronte del pagamento del relativo rateo di premio.

ART.4 – PAGAMENTO DEL PREMIO

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza, sempre che il pagamento della prima rata di premio avvenga, in deroga all'Art. 1901 C.C., entro 45 (quarantacinque) giorni dalla sopra citata data. In caso di pagamento del premio successivamente al quarantacinquesimo giorno, l'effetto dell'Assicurazione decorrerà dalle ore 24.00 del giorno di pagamento del premio.

Le rate di premio successive devono essere pagate entro le ore 24.00 del quarantacinquesimo giorno dopo quello della scadenza. Se la Contraente non paga entro tali termini, l'Assicurazione resta sospesa e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze. I premi devono essere pagati alla Direzione della Società od alla sede dell'Agenzia alla quale è assegnata la polizza.

Art. 5 – ALTRE ASSICURAZIONI



Si dà atto che possono sussistere altre assicurazioni per lo stesso rischio.

In tal caso, per quanto coperto da assicurazione con la presente polizza, ma non coperto da altre, la Società risponde per l'intero danno e fino alla concorrenza dei limiti previsti dalla stessa.

La contraente è esonerata dall'obbligo di comunicare alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio. In caso di sinistro, la Contraente deve darne tuttavia avviso a tutti gli Assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 c.c. ed è tenuta a richiedere a ciascuno di essi l'indennizzo dovuto secondo il rispettivo contratto autonomamente considerato.

Art. 6 – RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni sinistro e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo ovvero del risarcimento, la società ha facoltà di recedere dalla polizza con preavviso di 180 (centottanta) giorni; in tal caso la società, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte del premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso.

Anche la contraente può recedere dal contratto secondo le medesime modalità sopra indicate, fermo il diritto al rimborso del premio al netto dell' imposta, relativa al periodo di rischio non corso.

ART. 7 – ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi all' assicurazione , sono a carico del Contraente.

ART. 8 – FORO COMPETENTE

Foro competente è il luogo dove ha sede il Contraente.

ART. 9 – ESTENSIONE TERRITORIALE

L' assicurazione vale in tutto il mondo.

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

In caso di dubbio, le clausole contenute nel presente capitolato nonché le norme in esso richiamate e/o comunque applicabili saranno interpretate sempre in senso più favorevole al Contraente/Assicurato.

ART.12 – 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.

NORME CHE REGOLANO L' ASSICURAZIONE INFORTUNI

ART. 13 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La società assicura i soggetti di seguito indicati e distinti per categorie per i danni da questi subiti in seguito ad **infortunio**, intendendosi per tale l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente accertabili e che abbia per conseguenza la morte, un'invalidità permanente e/o una inabilità temporanea.

GRUPPI DI PERSONE ASSICURATE E SOMME ASSICURATE:



Cat. A) Dipendenti in missione con mezzo proprio

Cat. B) Dipendenti a bordo di mezzi/natanti in uso all'Agenzia

Le garanzie si intendono prestate per infortuni subiti da conducenti e dalle persone di cui sia autorizzato il trasporto durante il viaggio, la forzata sosta e la ripresa della marcia per tutti i mezzi di trasporto di proprietà o in uso all'Agenzia nonché di proprietà del dipendente (qualora sia stata autorizzata la missione con mezzo proprio). Sono compresi in garanzia anche la salita e la discesa dai mezzi di trasporto, nonché gli infortuni verificatisi durante il percorso effettuato dai suddetti conducenti per recarsi dalla propria abitazione al posto di lavoro e viceversa (*rischio in itinere*).

Poichè la presente assicurazione è stipulata dalla 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.

La garanzia si intende prestata sulla base dei seguenti capitali assicurati:

SOMME ASSICURATE

Morte: Euro 200.000,00

Invalità permanente: Euro 200.000,00

Rimborso spese mediche Euro 8.000,00

Cat. C) Amministratori/Dirigenti

Le garanzie si intendono prestate per gli infortuni subiti dal Direttore Generale, dal Direttore Tecnico, dal Direttore Amministrativo, dai Direttori dei Dipartimenti provinciali e specialistici e dal Collegio dei Revisori (in totale n° 13 Dirigenti) verificatisi a causa ed in occasione dell'espletamento di tutte le attività e funzioni connesse alla carica, ivi comprese quelle esercitate in Enti o Società collegate e/o controllate dal Contraente.

È incluso il "rischio in itinere" nonché tutti gli spostamenti necessari all'espletamento degli incarichi loro assegnati, effettuati anche con mezzi di trasporto pubblici e privati.

Sono quindi esclusi dalla garanzia gli infortuni verificatisi nell'espletamento dell'attività professionale privata di ciascun Assicurato, e quelli relativi a qualsiasi attività extraprofessionale, comunque non collegata alla carica.

La garanzia si intende prestata sulla base dei seguenti capitali assicurati:

SOMME ASSICURATE

Morte: Euro 250.000,00

Invalità permanente: Euro 250.000,00

Rimborso spese mediche Euro 10.000,00

ART. 14 – ESCLUSIONI

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) dall' uso, anche come passeggero, di aeromobili (compresi deltaplani ed ultra leggeri);
- c) dalla pratica del paracadutismo, del parapendio e degli sport aerei in genere;
- d) da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall' uso di stupefacenti o allucinogeni;
- e) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- f) da delitti dolosi compiuti o tentati dall' Assicurato;
- g) da guerre o insurrezioni;
- h) da movimenti tellurici, inondazioni o eruzioni vulcaniche;
- i) 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.);
- l) da infarti e da ernie di qualsiasi tipo.

ART. 15 – LIMITE DI ETÀ

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore ai 70 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. 16 – PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcoolismo, 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. 17 – 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. 18 – MORTE

L'indennizzo per il caso di morte è dovuto se la morte stessa si verifica - anche se 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 2 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.

ART. 19 – 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. 30 giugno 1965 n. 1124, 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 od arti comporta l'applicazione di una percentuale d'invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna lesione, con il massimo del 100%.

ART.20 – 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 all'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. 21 – 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 ed il terzo di comune accordo o in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici. Il Collegio medico risiede presso la sede della 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 rifiuta di firmare il relativo verbale.

ART. 22 – 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.

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 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) 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 ad 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.

E) LIQUIDAZIONE INVALIDITÀ PERMANENTE

Per i casi di Invalidità Permanente conseguenti ad infortunio di grado non inferiore al 60% accertato con i criteri di indennizzabilità previsti dalle Condizioni Particolari di Assicurazione verrà corrisposto un indennizzo pari al 100% del capitale assicurato.

F) 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 euro 51.000,00.

G) COSTITUZIONE E REGOLAZIONE PREMIO

Il premio annuo lordo di polizza viene determinato, in sede di offerta, moltiplicando il "*premio unitario convenuto per ciascuna categoria di assicurato*" per i parametri di seguito indicati:

Cat. A) parametro di riferimento: Km./annui percorsi 700.000

Cat. B) parametro di riferimento : n° 68 automezzi/natanti in uso all'Agenzia

Cat. C) parametro di riferimento: n° 13 Dirigenti

Tale premio, così determinato sulla base di elementi di rischio variabili (parametri), viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza e viene regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo e della minore durata del contratto, secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo nei parametri presi come base per il conteggio del premio.

A tale scopo, entro 90 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o della minore durata del contratto, il Contraente/Assicurato deve fornire per iscritto alla Società i dati necessari per la regolazione del premio 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 presentazione al Contraente/Assicurato della relativa appendice di regolazione formalmente ritenuta corretta. Per il primo anno è comunque garantito alla società un premio minimo pari all'80% di quello offerto in gara.

In caso di mancata comunicazione dei dati di regolazione o di mancato pagamento del premio di conguaglio, la Società fissa un ulteriore termine non inferiore a 30 giorni dandone comunicazione scritta a mezzo lettera raccomandata, le garanzie si intenderanno sospese a decorrere dal trentesimo giorno dalla ricezione della lettera raccomandata.

Per i contratti scaduti, se il Contraente/Assicurato non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società fermo il suo diritto ad agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione. La Società ha il diritto di effettuare in qualsiasi momento verifiche e controlli per i quali il Contraente/Assicurato è tenuto a fornire i chiarimenti e la documentazione necessaria.

H) MORTE PRESUNTA

Nel caso di presentazione di istanza per la dichiarazione di Morte presunta ai sensi dell'art. 60 e 62 del C.C., la Società liquida agli aventi diritto la somma assicurata per il caso di morte, a condizione che:

- a) siano trascorsi 180 giorni dalla data in cui risale l'ultima notizia dell'Assicurato;
- b) 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.

I) DIABETE

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

In caso di infortunio la Società corrisponde l'indennizzo a sensi dell'Art. 14 delle "Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni".

L) UBRIACHEZZA

A parziale rettifica di quanto indicato nell'art. 14 delle "Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni" l'assicurazione vale anche per gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza, esclusi comunque quelli conseguenti ad ubriachezza.

M) ESONERO DALL' OBBLIGO DI DENUNCIA DI INFERMITÀ MUTILAZIONI O DIFETTI FISICI

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

In caso di infortunio, resta comunque espressamente confermato il disposto dell'Art. 14 delle "Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni".

N) 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.

O) 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 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 ad 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.

NORME CHE REGOLANO I SINISTRI

ART. 1) DENUNCIA DELL'INFORTUNIO E OBBLIGHI RELATIVI

I sinistri debbono essere denunciati per iscritto alla Società entro 30 giorni lavorativi da quando l'ufficio competente del Contraente ne sia 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. 2) 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 alla Contraente, avuta notizia della loro accettazione, provvederà al pagamento entro 30 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 una indennità per Invalidità Permanente ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo l'Assicurato morisse, la Società corrisponderà ai beneficiari la differenza fra l'indennità pagata ed il capitale assicurato per il caso di Morte ove questa fosse superiore e non chiederà il rimborso nel caso contrario.

ART. 3) OBBLIGHI DELLA SOCIETÀ NELLA GESTIONE DEI SINISTRI

La Società annualmente si impegna a fornire al Contraente il dettaglio dei sinistri così suddiviso:

- data di accadimento;
- importo riservato;
- importo liquidato;
- data liquidazione o di chiusura senza seguito

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 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.