



LOTTO 4

Polizza Assicurativa Infortuni dipendenti in missione con auto
propria
31/03/2017 – 31/03/2019

COPERTURA ASSICURATIVA RISCHIO INFORTUNI DIPENDENTI IN MISSIONE

DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intendono per:

ASSICURATO:	i soggetti il cui interesse è protetto dall'Assicurazione
ASSICURAZIONE:	il contratto di assicurazione
CONTRAENTE:	il soggetto, persona fisica o giuridica, che stipula l'assicurazione
COSE:	sia gli oggetti materiali che gli animali
FRANCHIGIA:	parte del danno risarcibile espresso in percentuale che rimane a carico dell'Assicurato
INDENNIZZO:	la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro
POLIZZA:	il documento che approva l'Assicurazione
PREMIO:	la somma dovuta dal Contraente alla Società
SOCIETA':	la compagnia di assicurazioni
SINISTRO :	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1) - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE:

La garanzia di cui alla presente polizza s'intende prestata per gli infortuni occorsi ai dipendenti dell'Federazione, in qualità di conducenti o trasportati, durante ed in conseguenza dell'uso, della guida e della circolazione degli automezzi da loro utilizzati -che non siano di proprietà della Federazione- nonché in conseguenza dell'utilizzo di mezzi pubblici stradali, ferroviari ed aerei.

La copertura è operante esclusivamente per gli infortuni avvenuti durante la circolazione in occasione di missioni o di adempimenti di servizio fuori dall'ufficio nel tempo necessario per l'esecuzione delle prestazioni del servizio stesso. E' compreso il rischio in itinere intendendosi per tale il percorso compiuto da e per il luogo di residenza dell'assicurato nel caso in cui la trasferta non richieda il preventivo transito nel luogo di lavoro.

L'assicurazione comprende inoltre gli infortuni:

- avvenuti durante la salita e la discesa da veicoli nonché in caso di riparazioni di emergenza, effettuate dagli Assicurati sulla strada, sia per mettere il veicolo in condizione di riprendere la marcia che per spostare l'automezzo stesso dal flusso del traffico o per reinserirlo nel traffico
- derivanti da malore ed incoscienza;
- conseguenti ad imprudenza e negligenza anche gravi.

Art. 2 - ESCLUSIONI

Salvo patto speciale non sono compresi nell'assicurazione gli infortuni derivanti da:

- a) abuso di psicofarmaci o da uso non terapeutico di stupefacenti od allucinogeni;
- b) partecipazione ad imprese temerarie, salvo in quest'ultimo caso che si tratti di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- c) conseguenze di operazioni chirurgiche e di accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio.

Art. 3 – CAPITALI ASSICURATI

Per ciascun Assicurato i capitali in garanzia si intendono i seguenti:

Caso Morte	€80.000,00 (ottantamila)
Inabilità permanente (centoventimila)	€120.000,00

Art. 4 – DURATA DELL'ASSICURAZIONE

La durata delle presente **Polizza** è prevista in anni due con decorrenza dalle ore 24.00 del **31/03/2017** e fino alle ore 24.00 del **31/03/2019**

La Contraente avrà comunque facoltà di recedere dal contratto alla scadenza della prima annualità.

Art. 5 - RESPONSABILITA' DEL CONTRAENTE

La società Assicuratrice assume fino a quando ne ha interesse, e sostenendone le spese a termini di legge, la gestione delle vertenze tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, sia civile che penale, a nome del Contraente, avvalendosi di tutti i diritti ed azioni ad esso competenti.

Qualora l'infortunato o in caso di morte i suoi beneficiari non accettino, a completa tacitazione per l'infortunio, l'indennità dovuta ai sensi della presente polizza e avanzino verso il Contraente maggiori pretese a titolo di responsabilità civile, detta indennità nella sua totalità viene accantonata

per essere computata nel risarcimento che il Contraente fosse tenuto a corrispondere per sentenza o transazione.

Qualora l'infortunato o gli anzidetti beneficiari recedano dall'azione di responsabilità civile o rimangono in essa soccombenti, l'indennità accantonata viene agli stessi pagata sotto deduzione delle spese giudiziarie sostenute dal Contraente e/o dalla Società Assicuratrice.

Fermo quanto precede, la Società risponde delle maggiori somme che il Contraente fosse tenuto a pagare rispettivamente per Morte, Invalidità Permanente in eccedenza alle indennità liquidate in base alla polizza e fino a concorrenza di un'ulteriore importo uguale a quello di detta indennità.

Se per un infortunio viene iniziato un procedimento penale o una causa in sede civile, il Contraente dovrà darne comunicazione alla Società, appena ne abbia conoscenza; parimenti dovrà informare questa di qualsiasi domanda proposta da infortunati o loro beneficiari o aventi diritto per conseguire risarcimenti a titolo di responsabilità civile, trasmettendole in ogni caso documenti, notizie e quant'altro riguarda la vertenza.

Art. 6 – LIMITE ANNUO COLLETTIVO

Nel caso di sinistro che colpisca più persone assicurate con le singole polizze, in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà essere superiore ad Euro 1.000.000,00. Se gli indennizzi complessivamente dovuti eccedessero tale importo la Società procederà alla loro riduzione proporzionale.

Art. 7 - LIMITI DI ETA'

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

Tuttavia per persone che raggiungano tale età nel corso del contratto di assicurazione, 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 a richiesta del Contraente.

Art. 8 - PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza o da infermità mentali quali sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici. L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi.

Il Contraente è esonerato dal notificare le malattie, le infermità, le mutilazioni ed i difetti fisici da cui fossero affette le persone assicurate.

Art. 9 - ESONERO DENUNCIA GENERALITA' DEGLI ASSICURATI

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate per la cui identificazione si farà riferimento alle risultanze della documentazione ufficiale del Contraente.

Art. 10 – COMPUTO E REGOLAZIONE DEL PREMIO

Il premio conteggiato, viene anticipato in via provvisoria sul numero delle giornate di missione previste per l'annualità assicurativa che il Contraente prevede in numero di 30 (trenta) ed il relativo premio esposto in polizza deve intendersi quale premio minimo annuale comunque dovuto dal Contraente.

Entro 90 giorni dalla fine di ogni periodo assicurativo o del minor periodo di durata del contratto, il Contraente è tenuto a comunicare alla Società il numero effettivo delle giornate di missione effettuate dai dipendenti, come da risultanze amministrative del Comune, affinché la Società stessa possa procedere alla regolazione del premio definitivo. La Contraente è obbligata a tenere aggiornato un registro/file delle missioni dei dipendenti autorizzando preventivamente la Società a prenderne visione in qualsiasi momento a semplice richiesta.

La differenza attiva delle regolazioni deve essere pagata entro 30 giorni dalla relativa comunicazione.

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società non è obbligata per gli infortuni accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione, fermo il diritto della Società al recupero del premio.

Art. 11 - ALTRE ASSICURAZIONI

E' data facoltà al Contraente ed agli Assicurati di non comunicare altre assicurazioni che avessero in corso o che stipulassero in futuro con altre imprese per gli stessi rischi assicurati con il presente contratto di assicurazione.

Il presente contratto s'intende stipulato indipendentemente ed in aggiunta alle assicurazioni obbligatorie previste per gli infortuni sul lavoro dalle leggi vigenti e da quelle eventuali future.

Art. 12 - DENUNCIA DELL'INFORTUNIO ED OBBLIGHI RELATIVI

La denuncia dell'infortunio, con una dettagliata descrizione dello stesso e delle sue cause e conseguenze, corredata di certificato medico, deve essere inoltrata alla Società o alla sede delegata a cui è assegnato il contratto nel termine di 10 giorni dall'infortunio o dal momento in cui l'Assicurato o gli aventi diritto ne abbiano avuto possibilità.

Avvenuto l'infortunio, l'Assicurato deve ricorrere alle cure di un medico e seguirne le prescrizioni, nonché informare periodicamente la Società Assicuratrice sul decorso delle lesioni.

Quando l'infortunio abbia causato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, deve esserne dato immediatamente avviso telegrafico alla Società Assicuratrice.

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

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

Art. 13 - CRITERI DI INDENNIZZO

La Società corrisponderà l'indennità per le sole conseguenze 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 il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

Parimenti, nei preesistenti casi di mutilazioni o difetti fisici, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette dell'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra e sana, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti, fermo quanto stabilito dal successivo articolo.

Art. 14 - MORTE

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifica entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società Assicuratrice liquida ai beneficiari la somma assicurata per il caso di morte.

Per beneficiari si intendono, salvo diversa designazione da parte dell'Assicurato, gli eredi testamentari o legittimi. In caso di premorienza o commorienza dei beneficiari designati, detta somma sarà liquidata agli eredi testamentari o legittimi.

Qualora l'assicurazione sia stata stipulata in ottemperanza al C.C.N.L. applicabile all'Assicurato, la somma per il caso di morte sarà corrisposta alle persone cui spetta obbligatoriamente in forza del citato C.C.N.L. e solo in mancanza di tali persone si applicherà quanto disposto dai primi due commi del presente articolo.

Art. 15 - INVALIDITA' PERMANENTE

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

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

La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto, viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se si tratta di minorazione, le percentuali vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.

Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi o arti, l'indennità viene stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al massimo del 100%.

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

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

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

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

Relativamente al capitale di Invalidità Permanente, per il computo dell'indennizzo, verra' calcolata per ciascun sinistro una franchigia del 3% sul capitale assicurato.

Art. 16 - CONTROVERSIE E COLLEGIO ARBITRALE

In caso di disaccordo sulla causa o sulla natura delle lesioni o sulla valutazione delle conseguenze attribuibili all'infortunio, la vertenza viene deferita ad un Collegio Arbitrale che risiede nel luogo di residenza dell'Assicurato. Il collegio è composto di tre medici, di cui due nominati dalle Parti, una per ciascuna, ed il terzo d'accordo fra i due primi, o, in difetto, dal Presidente dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio Arbitrale.

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

Ciascuna delle Parti sopporta le spese del proprio arbitro e metà di quelle del terzo.

Art. 17 - RINUNCIA ALLA RIVALSA

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

Il diritto all'indennità per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi, tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Società paga agli eredi dell'Assicurato l'importo liquidato od offerto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

Art. 18 – PAGAMENTO DEL PREMIO

La Contraente é tenuta a pagare presso la direzione della Società o la sede delegata a cui é assegnata la polizza, alle rispettive scadenze, il premio stabilito nel contratto.

L'assicurazione decorre dalle ore 24.00 del giorno indicato nella polizza anche in assenza di pagamento del premio, in deroga all'art. 1901 C.C. Se entro 45 giorni dall'effetto del contratto il premio non viene corrisposto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore 24.00 del giorno di effettivo pagamento, ferme restando le scadenze stabilite nel contratto.

Per le rate successive alla prima é concesso il termine di rispetto di 60 giorni, trascorso il quale l'assicurazione resta sospesa e rientra in vigore soltanto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento del premio e delle spese, ferme restando le scadenze contrattualmente stabilite. Trascorso il termine di 60 giorni di cui sopra la Società ha il diritto di dichiarare, con lettera raccomandata la risoluzione del contratto fermo il diritto ai premi scaduti o di esigerne giudizialmente la esecuzione.

Art. 19 – DEROGA AL PATTO DI TACITA PROROGA

In osservanza alla legge 24.12.1994, n. 724, e sue modificazioni e/o integrazioni, si precisa che la presente assicurazione cesserà alla sua naturale scadenza senza obbligo alle Parti di ulteriore disdetta.

E' facoltà del Contraente chiedere alla Società la proroga dell'assicurazione di ulteriori anni 2 (due) precedentemente alla scadenza qualora sussistano ragioni di economicità o di pubblico interesse.

La Società si riserva di accogliere tali richieste, che dovrà comunque risultare da atto sottoscritto dalle Parti.

Art. 20 – CLAUSOLA BROKER

La Federazione dichiara di aver affidato la gestione del presente contratto alla rispettabile I&N Insurance Coverage Srl con sede operativa in Napoli al Corso Umberto I° n. 34 Iscrizione al RUI n. B000464823 del 26/11/2013 . Pertanto tutte le comunicazioni afferenti il presente contratto saranno effettuate per il tramite del Broker, compreso il pagamento dei premi e la denuncia dei sinistri ad esclusione della eventuale disdetta che sarà inviata direttamente dalla compagnia di assicurazione alla federazione e/o viceversa.

Art. 21 – ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale per eventi che si verifichino nel Mondo intero.

Art. 22 – MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

Art. 23 – ONERI FISCALI

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

Art. 24 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme della legge italiana e Comunitaria.

Il contraente

La Società