

AFFIDAMENTO TRIENNALE COPERTURA N. 2 SERVIZI ASSICURATIVI

Allegato 2 - CAPITOLATO TECNICO

LOTTO 2 - INFORTUNI

Durata: dalle ore 24'00 del 19.03.2026 alle ore 24'00 del 19.03.2029

Nel testo che segue si intendono:

DEFINIZIONI

Assicurazione:	il contratto di assicurazione come definito dall'art. 1882 C.C. e/o la garanzia data con il contratto
Polizza:	il documento che prova l'assicurazione
Contraente:	Agris Sardegna
Assicurato:	la persona fisica o giuridica la cui responsabilità civile è coperta con il contratto o la persona fisica o giuridica il cui interesse è protetto dall'assicurazione per le altre garanzie se rese operanti
Società / Impresa:	la Compagnia Assicuratrice
Premio:	la somma dovuta dal Contraente alla Società
Sinistro:	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa
Infortunio:	evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili le quali abbiano per conseguenza la morte un'invalidità 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
Beneficiario:	il soggetto cui in caso di morte dell'Assicurato deve essere pagata la somma garantita

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE

ART. 1 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DI RISCHIO

In deroga agli artt. 1892, 1893, 1894, 1898 C.C. l'omissione di dichiarazioni o comunicazioni da parte dell'assicurato di una circostanza aggravante il rischio, così come qualsiasi errore ed omissione non intenzionale od involontario dello stesso e delle persone di cui deve rispondere a norma di legge, nonché dei suoi amministratori, non pregiudicheranno questa assicurazione. Resta inteso che l'assicurato avrà l'obbligo di corrispondere alle Società il maggior premio proporzionalmente al maggior rischio che ne deriva, con decorrenza dal momento in cui la circostanza aggravante si è verificata.

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, PEC o altro mezzo telematico ed avranno effetto dalla data di invio, quando questa sia rilevabile.

ART. 3 - DURATA DEL CONTRATTO

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del 19.12.2025 e scadrà alle ore 24 del 19.12.2028 senza tacito rinnovo alla scadenza finale. E' facoltà delle Parti recedere dal contratto con preavviso di 120 (centoventi) giorni da ogni scadenza anniversaria (31/05 di ogni anno), da inviarsi tramite raccomandata A.R.

La Società si impegna a concedere una proroga temporanea della presente assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche per un periodo massimo di 180 (centottanta) giorni decorrenti dalla scadenza, finalizzata all'espletamento o al completamento delle procedure di gara per l'aggiudicazione della nuova

assicurazione, purché la richiesta del Contraente avvenga con un preavviso non inferiore ai 15 giorni.

ART. 4 – NUMERO DEI DIPENDENTI E PAGAMENTO DEL PREMIO

L'AGRI, alla data del 01.11.2025 ha la seguente situazione riferita al personale:

- **Numero complessivo dei dipendenti/dirigenti: 392, così suddiviso**
 - n. 363 dipendenti;**
 - n. 9 dirigenti (compresi due a tempo determinato);**
 - n. 1 dirigente in assegnazione temporanea in ingresso;**
 - n. 19 dipendenti a tempo determinato.**
- dislocati presso diverse sedi, aziende e laboratori presenti in tutto il territorio regionale**

A parziale deroga dell'art. 1901 C.C. il Contraente/Assicurato è tenuto al pagamento della prima rata di premio entro 60 giorni dalla decorrenza 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.).

Per regolazioni e/o variazioni che comportino un pagamento di premio, il Contraente potrà pagare tale premio, nei modi di cui sopra, entro 60 giorni dal ricevimento delle relative appendici, salvo termini a lui più favorevoli previsti altrove in polizza.

Ai sensi dell'art. 48 del DPR 602/1973 la Società da atto che:

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

ART. 5- MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

ART. 6 - AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio.

Gli aggravamenti di rischio non noti, o non accettati dalla Società, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione (art. 1898 C.C.).

ART. 7 - DIMINUZIONE DEL RISCHIO

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

ART. 8 - RECESSO IN CASO 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. Nel caso di recesso intimato dalla Società, questa entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso. La Società è tenuta a documentare, contestualmente alla notifica del recesso " *l'avvenuto pagamento dell'indennizzo o il rifiuto del medesimo*" restando inteso, in caso contrario, che il recesso è inefficace.

ART. 9 - ONERI FISCALI

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

ART. 10 - FORO COMPETENTE

Per le controversie relative al contratto il Foro competente è quello del luogo di residenza o domicilio elettivo del Contraente o dell'Assicurato.

ART. 11 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

ART. 12 — INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO

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

ART. 13 - COASSICURAZIONE E DELEGA

L'assicurazione è ripartita per quote tra le Società indicate nel riparto allegato.

Resta confermato che in caso di sinistro ognuna delle Coassicuratrici concorrerà al pagamento dell'indennizzo in proporzione alla quota da essa assicurata' esclusa ogni responsabilità solidale.

La Spettabile.....all'uopo designata Coassicuratrice Delegataria dichiara di aver ricevuto mandato, dalle Coassicuratrici indicate nel riparto, a firmare gli atti sopraindicati anche in loro nome e per conto e ciò vale anche per il presente atto.

Pertanto le comunicazioni inerenti alla polizza (ivi comprese le comunicazioni relative al recesso ed alla disdetta) devono trasmettersi dall'una all'altra parte solo per il tramite della Spettabile.....la cui firma in calce di eventuali futuri atti impegnerà anche le Coassicuratrici che in forza della presente clausola ne conferiscono mandato.

Nel caso in cui il contratto di assicurazione sia aggiudicato ad associazione temporanea di imprese' si deroga totalmente al disposto di cui all'art. 1911 del Codice Civile' essendo tutte le imprese responsabili in solido.

La delega assicurativa è assunta dall'Impresa di assicurazione indicata dal raggruppamento di imprese quale mandataria.

Non è consentita l'associazione anche in partecipazione od il raggruppamento temporaneo d'imprese concomitante o successivo all'aggiudicazione della gara.

Art. 14 - TRACCIABILITA' DEI FLUSSI FINANZIARI - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Gli Assicuratori si impegnano, a pena di nullità assoluta del presente contratto, ai sensi dell'art. 3 comma 8 della legge 13 agosto 2010 n. 136 e s.m.i. "Tracciabilità dei flussi finanziari":

- ad assumere tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari;
- ad inserire, nei contratti che andranno eventualmente a sottoscrivere con subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessate all'oggetto del contratto, una clausola con la quale ciascuna parte del subcontratto si assume gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari.

La stazione appaltante ha facoltà di risolvere di diritto il contratto di appalto di servizi assicurativi, così come previsto dall'art. 1456 c.c. e ai sensi dell'art. 3 comma 9 bis della L. 136/2010' e s.m.i. qualora gli Assicuratori:

- eseguano transazioni finanziarie inerenti il contratto di assicurazione (pagamenti/incassi) senza avvalersi dello strumento del bonifico bancario o postale o con altri strumenti di pagamento idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni;
- non riportino negli strumenti di pagamento relativi a ciascuna transazione il Codice Identificativo Gara (CIG) assegnato dall'Autorità sulla Vigilanza dei Contratti Pubblici di lavori, servizi, forniture, e/o il Codice Unico di Progetto (CUP), ove obbligatorio ai sensi di legge, attribuito dal CIPE;
- nei rapporti nascenti con altre imprese di assicurazione, dovessero avere notizia che un loro subcontraente tre le imprese di assicurazione in Coassicurazione, in Raggruppamento Temporaneo d'Impresa (RTI), ovvero in Associazione Temporanea d'Impresa (ATI), nell'espletamento dell'appalto di servizi assicurativi, non abbia dato corso agli obblighi di tracciabilità finanziaria di cui alla legge n. 136/2010 e s.m.i..

La risoluzione del contratto non andrà comunque a pregiudicare le garanzie relative ai sinistri verificatisi antecedentemente alla data di risoluzione, restando quindi immutato il regolare decorso dell'iter liquidativo.

In occasione di ogni pagamento agli Assicuratori e con interventi di controllo ulteriori, la stazione appaltante verifica l'assolvimento degli obblighi relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari da parte degli Assicuratori e /o dei subcontraenti della filiera.

Qualora gli Assicuratori abbiano notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria, si impegnano a dare immediata comunicazione alla Stazione Appaltante, ed alla Prefettura - ufficio territoriale del Governo della Provincia dove ha sede la Stazione Appaltante.

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

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

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), salvo quanto disposto dall'art. 17;
- 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.).
- j) da infarti e da ernie di qualsiasi tipo

ART. 17 - RISCHIO VOLO

L'assicurazione vale per gli Infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi in aereo, turistici o di trasferimento, effettuati in qualità di passeggero su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti, tranne che:

- da Società/Azienda di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;
- da aeroclubs.

La somma delle garanzie di cui alla presente polizza e di eventuali altre polizze stipulate dall'Assicurato o da altri in suo favore per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni, non potrà superare i seguenti importi:

per persona:

- euro 2.582.284,50 per il caso di Morte
- euro 2.582.284,50 per il caso di Invalidità Permanente
- euro=====516,46/ die per il caso di Inabilità Temporanea

per aeromobile:

- euro 10.329.137,99 per il caso di Morte
- euro 10.329.137,99 per il caso di invalidità Permanente
- euro == 5.164,57 per il caso di Inabilità Temporanea

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

Agli effetti della garanzia, il viaggio aereo si intende cominciato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso.

La garanzia di cui al presente articolo non è valida nel caso di polizza con durata inferiore ad un anno.

ART. 18 - SERVIZIO MILITARE

Durante il servizio militare di leva in tempo di pace o durante il servizio sostitutivo dello stesso l'assicurazione resta sospesa limitatamente alla garanzia di inabilità temporanea e prosegue per le altre garanzie e per le rispettive indennità previste in polizza.

Comunque' entro 15 giorni dalla prima scadenza di premio - o rata di premio - successiva all'inizio del servizio, il Contraente ha diritto di chiedere la sospensione dell'assicurazione fino al termine del servizio medesimo.

ART. 19 - LIMITE DI ETÀ'

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore agli 80 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. 20 - 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. 21 - 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 del giorno di rientro in Europa o negli Stati sopra menzionati.

ART. 22 - 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. 23 - 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. 24 - INVALIDITA' 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. 25 - INABILITA' 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% 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.

ART. 26 - DIARIA DA RICOVERO

Se in conseguenza ad 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 gg..

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. 27 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 fruiscono di altre analoghe prestazioni assicurative (sociali o private), la garanzia vale per l'eventuale eccedenza di spese da questa non rimborsate.

ART. 28 - MODALITA' 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. 29 - 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. 30- 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.

RISCHI ASSICURATI - CATEGORIE E SOMME ASSICURATE

CAT. A — DIRETTORE GENERALE

L'assicurazione è prestata per gli infortuni 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.

E' 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 in occasione di qualsiasi attività extraprofessionale, comunque non collegata alla carica.

SOMME ASSICURATE

Caso Morte:	Euro 516.456,00
Caso Invalidità permanente:	Euro 516.456,00
Rimborso spese mediche	Euro 5.000,00

CAT. B) CONDUCENTI AUTOMEZZI DELL'ENTE CONTRAENTE

Infortuni subiti dai 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 gli infortuni avvenuti in conseguenza della 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 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 e s.m.i.).

SOMME ASSICURATE

Caso Morte:	Euro 350.000,00
Caso Invalidità permanente:	Euro 350.000,00
Rimborso spese mediche :	Euro 2.500,00

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 maleore 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) CALAMITA' 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) 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 ed 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, H.I.V., 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 giorni dal fatto e dovrà essere allegata alla denuncia analisi del sangue comprovante la 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 giorni dalla denuncia di infortunio.

In caso di negatività, il test per H.I.V., epatite virali B e C dovrà essere ripetuto entro 180 giorni.

Qualora anche quest'ultimo test risultasse negativo, si procederà all'accertamento definitivo al termine di 1 anno dall'evento per il solo H.I.V.

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 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.

H) FRANCHIGIE

FRANCHIGIA SU INABILITA' TEMPORANEA

Per le singole categorie si intenderanno applicabili le franchigie previste dal Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro.

FRANCHIGIA SU INVALIDITA' PERMANENTE (CAT A)

La somma assicurata viene corrisposta secondo i seguenti criteri:

- a) sulla parte di somma assicurata sino a € 258.000,00 l'indennizzo verrà liquidato previa deduzione di una franchigia assoluta pari a 2 punti percentuali sul grado di invalidità permanente accertata.
- b) sulla parte di somma assicurata eccedente a € 258.000,00 l'indennizzo verrà liquidato previa deduzione di una franchigia assoluta pari a 10 punti percentuali sul grado di invalidità permanente accertata.

I) LIQUIDAZIONE INVALIDITA' PERMANENTE

Per i casi di Invalidità Permanente conseguenti ad infortunio di grado non inferiore al 50% accertato con i criteri di indennizzabilità previsti dalle Condizioni Particolari 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 Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro 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. 1124 del 30/6/1965, 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 euro 51.000,00.

N) REGOLAZIONE PREMIO

Il Contraente comunicherà i dati consuntivi necessari entro 120 giorni dalla scadenza annuale.

Se il Contraente non effettuerà nei termini prescritti le comunicazioni di cui sopra e/o il pagamento della regolazione entro 60 giorni dal ricevimento della relativa appendice, l'Impresa, limitatamente per i sinistri accaduti nel periodo per il quale non è avvenuta la regolazione, potrà indennizzare gli stessi nella medesima proporzione esistente tra l'importo di premio pagato e quello interamente dovuto (se superiore). Resta fermo per la Società stessa il diritto di agire per l'incasso del premio dovuto.

O) 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.

P) 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.

Q) UBRIACHEZZA

A parziale rettifica di quanto indicato nell'art. 15 delle C.G.A. l'assicurazione vale anche per gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza, esclusi comunque quelli conseguenti ad ubriachezza.

R) ESONERO DALL'OBLIGO DI DENUNCIA DI INFERMITA' 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. 22 delle C.G.A..

S) ESONERO DENUNCIA GENERALITA' 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.

T) DEROGA DENUNCIA ALTRE ASSICURAZIONI

In deroga a quanto disposto dalle C.G.A., il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le altre eventuali assicurazioni che i singoli Assicurati avessero in corso o stipulassero in proprio con altre Società.

U) 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.

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 esse, allo scopo di raggiungere un fine politico o religioso o ideologico o etnico.

V) 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 od eliminare il danno estetico. La presente garanzia deve intendersi prestata sino alla concorrenza di Euro 5.200,00.

PROCEDURA SINISTRI

ART. 1) - DENUNCIA DELL'INFORTUNIO E OBBLIGHI RELATIVI

In deroga a quanto disposto dall'Art.1913 del Codice Civile, il Contraente/Assicurato, in caso di sinistro deve darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure direttamente alla Società, entro 30 giorni da quando l'ufficio addetto alla gestione dei contratti assicurativi del Contraente/Assicurato stesso 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'INDENNITA'

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 e, 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 SOCIETA' NELLA GESTIONE DEI SINISTRI

La Società a cadenza semestrale (30/11 e 31/05) si impegna a fornire al Contraente il dettaglio dei sinistri così suddiviso:

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

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.

ULTERIORI CHIARIMENTI

Allo stato attuale e nello storico dell'ultimo triennio questa Agenzia non ha attivato procedure di risarcimento sinistri.

DICHIARAZIONE

Ad ogni effetto di legge, nonché ai sensi dell'art. 1341 Codice Civile, il contraente e la Società dichiarano di approvare specificatamente le disposizioni degli articoli seguenti delle norme che regolano l'assicurazione:

Art. 3 - Durata del contratto

Art. 4 - Pagamento del premio;

Art. 8 - Recesso in caso di sinistro

Art. 10 - Foro competente;

Con la presente dichiarazione vengono accettate tutte le clausole del capitolato tecnico allegato

LA SOCIETA'

LE (EVENTUALI) COASSICURATRICI