

Capitolato di Polizza per l'affidamento dei servizi assicurativi

**Lotto 9 - Infortuni Dipendenti in Missione
Agenzia delle Entrate**

Indice

Sommario

DEFINIZIONI GENERALI	4
DEFINIZIONI DI SETTORE	6
ART. 1 – CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONI	7
Art. 1.1 – Emissione della polizza e delle appendici	7
Art. 1.2 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio	7
Art. 1.3 – Pagamento del premio e decorrenza della garanzia	7
Art. 1.4 – Aggravamento del rischio	7
Art. 1.5 – Diminuzione del rischio	8
Art. 1.6 – Buona fede	8
Art. 1.7 – Durata del Contratto	8
Art. 1.8 – Facoltà di recesso delle Parti	8
Art. 1.9 – Oneri fiscali	9
Art. 1.10 – Rinvio alle norme di legge e Foro competente	9
Art. 1.11 – Assicurazioni presso diversi assicuratori	9
Art. 1.12 – Clausola Broker	9
Art. 1.13 – Obbligo di fornire i dati dell'andamento del rischio	9
Art. 1.14 – Forma delle comunicazioni della Contraente all'Assicuratore	10
Art. 1.15 – Elementi per il calcolo del premio	10
Art. 1.16 – Disciplina della responsabilità	10
Art. 1.17 – Personale distaccato o comandato, in telelavoro o lavoro agile	10
Art. 1.18 – Rinuncia al diritto di rivalsa	10
Art. 1.19 – Assicurazione per conto altrui	11
Art. 1.20 – Tracciabilità dei flussi finanziari	11
Art. 1.21 – Requisito di esecuzione	11
Art. 1.22 – Disposizione finale	11
Art. 2 – CONDIZIONI SPECIALI DI ASSICURAZIONE	13
Art. 2.1 – Regolazione e conguaglio del premio	13
Art. 2.2 – Estensione territoriale	13
Art. 2.3 – Efficacia temporale della garanzia	13
Art. 2.4 – Penali	14
ART. 3 – CONDIZIONI CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI	15
Art. 3.1 – Oggetto dell'assicurazione	15
Art. 3.2 - Soggetti assicurati	15
Art. 3.3 - Efficacia della copertura assicurativa	15
Art. 3.4 – Rischi inclusi nell'assicurazione	16

Art. 3.5 – Delimitazione dell'assicurazione - Esclusioni	16
Art. 3.6 – Somme assicurate	17
Art. 3.7 – Assicurabilità	17
Art. 3.8 – Morte	17
Art. 3.9 – Invalidità Permanente	17
Art. 3.10 – Cumulo di indennità	18
Art. 3.11 – Spese mediche da infortunio	18
ART. 4 – CONDIZIONI CHE REGOLANO LA GESTIONE SINISTRI	20
Art. 4.1 – Denuncia dei sinistri – Obblighi delle Parti	20
Art. 4.2 – Collegio Medico	20
Art. 4.3 – Liquidazione	21
ART. 5 – CONDIZIONI PARTICOLARI.....	21
Art. 5.1 – Rinuncia alla rivalsa.....	21
Art. 5.2 – Morte presunta	21
Art. 5.3 - Limite massimo di indennizzo.....	21
Art. 5.4 – Ernie traumatiche e da sforzo	22
Art. 5.5 – Calamità naturali.....	22
Art. 5.6 – Rischio guerra	22
Art. 5.7 – Esonero denuncia di infermità e difetti	22
Art. 5.8 – Danni estetici	23
Art. 5.9 – Morsi di animali, punture di insetti.....	23
Art. 5.10 – Rimpatrio della salma	23
Art. 5.11 – Rientro sanitario aereo	23
Art. 5.12 – Grave Invalidità Permanente	23

DEFINIZIONI GENERALI

ASSICURATO

Il soggetto il cui interesse è tutelato dall'assicurazione.

CAPITOLATO DI POLIZZA

Il presente documento contenente le condizioni generali e speciali della polizza.

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

Il Capitolato di polizza ed il Contratto di appalto sottoscritto all'esito della procedura di gara, di seguito anche solo "Contratto".

ATTIVITA' PROFESSIONALE

Quella svolta per statuto, per legge, per regolamenti o delibere, compresi atti amministrativi e i provvedimenti emanati dai propri organi. La definizione comprende anche tutte le attività accessorie, complementari, connesse e collegate, preliminari e conseguenti all'attività svolta, nessuna esclusa ovunque e comunque svolte, anche avvalendosi di strutture di terzi, e/o affidando a terzi l'utilizzo di proprie strutture. L'Assicuratore dichiara quindi di essere a conoscenza di tutte le attività svolte dalla Contraente.

L'attività di cui sopra può essere svolta in regime di "lavoro agile" e telelavoro, e in qualsiasi altra modalità, in attuazione alla disciplina legislativa e contrattuale vigente in materia.

BROKER

GBSAPRI S.p.A. con sede legale e operativa in Viale Erminio Spalla, 9 – 00142 Roma – Indirizzo PEC: gbsapri@legalmail.it

CONTRAENTE

Agenzia delle Entrate.

POLIZZA

Il documento numerato emesso dall'Assicuratore a seguito della sottoscrizione del Contratto di assicurazione entro 30 giorni dalla sottoscrizione stessa.

PARTE O PARTI

Agenzia delle Entrate e l'Assicuratore, rispettivamente, disgiuntamente e congiuntamente intese.

FRANCHIGIA

L'importo prestabilito di danno indennizzabile che rimane a carico dell'Assicurato.

SCOPERTO

La percentuale prestabilita di danno indennizzabile che rimane a carico dell'Assicurato.

INDENNIZZO/RISARCIMENTO

La somma dovuta dall'Assicuratore in caso di sinistro.

PREMIO

La somma, comprensiva di imposte, dovuta dalla Contraente per la copertura assicurativa.

RISCHIO

La probabilità del verificarsi del sinistro.

SINISTRO

Il verificarsi di un evento che impegna l'Assicuratore al pagamento della prestazione convenuta.

ASSICURATORE

L'impresa assicuratrice (o le imprese assicuratrici in caso di partecipazione alla gara in forma associata – R.T.I. / Consorzio / Coassicurazione) aggiudicataria della presente gara.

PERIODO ASSICURATIVO

Il periodo compreso tra la data di effetto e la data di prima scadenza annuale, o tra due date di scadenza annuale tra loro successive, o tra l'ultima data di scadenza annuale e la data di scadenza del contratto.

DEFINIZIONI DI SETTORE

INFORTUNIO

Evento dovuto a causa violenta, fortuita ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO

Diminuzione o perdita definitiva ed irrimediabile della generica capacità dell'Assicurato a svolgere un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione esercitata, intervenuta a seguito di infortunio.

RISCHIO PROFESSIONALE

L'evento o la patologia verificatosi durante o riconducibile allo svolgimento delle attività professionali e/o comunque riconducibile al rapporto con la Contraente.

RISCHIO EXTRAPROFESSIONALE

L'evento o la patologia verificatosi durante o riconducibile a situazioni di tempo o di luogo che non possono essere ricondotte al rischio professionale.

SINISTRO

Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.

MEZZO DI TRASPORTO "IN USO"

Autoveicoli, motoveicoli targati, non di proprietà della Contraente, posti in circolazione da personale dipendente e non, specificatamente e preventivamente autorizzato all'uso del mezzo di trasporto per missioni, verifiche o spostamenti di servizio.

ART. 1 – CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONI

Art. 1.1 – Emissione della polizza e delle appendici

L'Assicuratore è obbligato a rilasciare alla Contraente la polizza di assicurazione e le relative appendici contrattuali entro e non oltre 30 (trenta) giorni dalla data di effetto di ciascun documento.

Il Contratto di assicurazione e le sue eventuali modifiche devono essere provate per iscritto. Sul contratto, o su qualsiasi altro documento che concede la copertura, deve essere indicato l'indirizzo della sede sociale e, se del caso, della succursale dell'Assicuratore che concede la copertura assicurativa.

Art. 1.2 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze della Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 Codice Civile, salvo quanto previsto al successivo Art. 1.6 - Buona fede.

Art. 1.3 – Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

Anche in deroga al disposto dell'Art. 1901 Codice Civile, la Contraente pagherà all'Assicuratore per il tramite del broker:

1. entro 60 (sessanta) giorni dalla data di sottoscrizione del Contratto di assicurazione, il premio di prima rata;
2. entro 60 (sessanta) giorni successivi a ciascuna data di scadenza annuale intermedia, il premio riferito al Periodo Assicurativo in corso;
3. entro 60 (sessanta) giorni dalla data di ricezione dell'appendice:
 - il premio di regolazione disposto dal corrispondente articolo di polizza o;
 - il premio di eventuali variazioni contrattuali, se non diversamente convenuto.

In caso di regolazione premio passiva, l'Assicuratore sarà tenuto a rimborsare alla Contraente il premio, al netto delle imposte, entro il medesimo termine di cui al precedente punto 3 dalla data di ricezione dell'appendice sottoscritta dalla Contraente

Se la Contraente, entro il termine di cui sopra, non provvede al pagamento del premio o della prima rata di premio, dei premi successivi o delle rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00 dell'ultimo giorno utile al pagamento e riprende vigore dalle ore 24:00 del giorno della trasmissione dell'ordinativo di pagamento (ordinativo inviato alla Tesoreria – Banca D'Italia), ferme le successive scadenze (Art. 1901 C.C.).

Art. 1.4 – Aggravamento del rischio

L'Assicuratore accetta di ritenere in garanzia le coperture di cui al presente Contratto nel caso in cui si siano verificati aggravamenti del rischio (Art. 1898 Codice Civile) riservandosi - in

contraddittorio con la Contraente - la definizione del relativo incremento di premio e rinunciando al recesso dal Contratto per tale titolo.

Alla ricezione della proposta di incremento di premio, la Contraente, entro 15 (quindici) giorni, a seguito della relativa istruttoria e tenuto conto delle richieste formulate, decide in ordine alle stesse, formulando la propria controproposta di revisione da valutare in contraddittorio tra le parti. Al raggiungimento dell'accordo tra le Parti, si provvede alla modifica del Contratto e la Contraente provvede a corrispondere l'integrazione del premio nei termini di cui al precedente Art. 1.3 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia.

Art. 1.5 – Diminuzione del rischio

Nel caso di diminuzione del rischio, l'Assicuratore è tenuto a ridurre il premio o le rate di premio successivi alla comunicazione della Contraente ai sensi dell'Art. 1897 Codice Civile e rinuncia, ora per allora, al relativo diritto di recesso.

Art. 1.6 – Buona fede

L'omissione da parte della Contraente di una circostanza eventualmente aggravante il rischio, così come le inesatte e/o incomplete dichiarazioni della Contraente all'atto della stipulazione del Contratto di assicurazione o durante il corso dello stesso, non pregiudicano il diritto al risarcimento dei danni, sempreché tali omissioni o inesatte dichiarazioni siano avvenute in buona fede (quindi esclusi i casi di dolo o colpa grave). Rimane fermo il diritto dell'Assicuratore, una volta venuto a conoscenza di circostanze aggravanti, che comportino un premio maggiore, di richiedere la relativa modifica delle condizioni in corso (aumento del premio con decorrenza dalla data in cui le circostanze aggravanti siano venute a conoscenza dell'Assicuratore o, in caso di sinistro, conguaglio del premio per il Periodo Assicurativo in corso).

Art. 1.7 – Durata del Contratto

Il Contratto di assicurazione avrà validità di 36 (trentasei) mesi con effetto dalle ore 00:00 del 01/03/2022 e scadenza alle ore 24:00 del 28/02/2025.

La Contraente - ai sensi dell'Art. 106, comma 11, del D.lgs. n. 50/2016 – potrà prorogare la durata del presente Contratto per il tempo strettamente necessario alla conclusione delle procedure necessarie per l'individuazione della nuova impresa di assicurazione.

In tal caso l'Assicuratore sarà tenuto a prestare la garanzia oggetto del presente Contratto agli stessi - o più favorevoli - prezzi, patti e condizioni.

Art. 1.8 – Facoltà di recesso delle Parti

In occasione di ciascuna scadenza annuale, l'Assicuratore ha facoltà di recedere dal presente Contratto comunicando la propria intenzione alla Contraente a mezzo PEC, con preavviso di 180 giorni. (salvo offerta migliorativa).

La Contraente ha facoltà di recedere dalla presente contratto secondo quanto previsto dalla normativa vigente in tema di pubblici appalti, con preavviso di 90 giorni.

Resta fermo il diritto della Contraente di richiedere la proroga in caso di scadenza anticipata del Contratto, come previsto al precedente articolo 1.7 – Durata del contratto.

Nell'ipotesi in cui il recesso da parte della Contraente fosse esercitato nel corso del Periodo Assicurativo, l'Assicuratore provvederà, per il periodo di rischio non corso, al rimborso della parte di premio netto pagato e non goduto.

Art. 1.9 – Oneri fiscali

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

Art. 1.10 – Rinvio alle norme di legge e Foro competente

Per quanto non previsto dal Contratto – che verrà interpretato in maniera più estensiva e favorevole per la Contraente/Assicurato, qualora le norme contrattuali fossero discordanti tra loro - valgono unicamente le norme stabilite dalla legge italiana, alla quale si fa rinvio per tutto quanto non è qui diversamente regolato.

Per tutte le controversie che dovessero insorgere tra la Contraente e l'Assicuratore in relazione all'interpretazione, all'esecuzione ed alla risoluzione del Contratto di assicurazione, sarà competente in via esclusiva il Foro di Roma.

Art. 1.11 – Assicurazioni presso diversi assicuratori

La Contraente e gli Assicurati sono esonerati dalla preventiva denuncia di altre assicurazioni esistenti per il medesimo rischio, fermo l'obbligo di darne avviso in caso di sinistro.

Art. 1.12 – Clausola Broker

Per la gestione e l'assistenza nell'esecuzione del Contratto la Contraente si avvale del servizio di brokeraggio assicurativo, ai sensi del D. Lgs. 209/2005; di conseguenza tutti i rapporti inerenti il presente Contratto, compreso il pagamento dei premi, saranno gestiti dal Broker.

Ogni comunicazione fatta dal Broker nel nome e per conto della Contraente/dell'Assicurato all'Assicuratore si intenderà come fatta dalla Contraente/dall'Assicurato stesso. Parimenti ogni comunicazione fatta dall'Assicuratore al Broker si intenderà come fatta dall'Assicuratore alla Contraente/all'Assicurato.

L'Assicuratore dà atto che, il pagamento dei premi al Broker è liberatorio per la Contraente e riconosce al Broker stesso un periodo di differimento per la loro corresponsione con scadenza il 10° giorno del mese successivo a quello in cui il Broker medesimo ha incassato i relativi premi.

La remunerazione del Broker è posta per intero a carico dell'Assicuratore, nella misura del 1,30% sul premio imponibile.

Art. 1.13 – Obbligo di fornire i dati dell'andamento del rischio

L'Assicuratore fornirà semestralmente, entro il 15° giorno del mese successivo al semestre di riferimento, alla Contraente per il tramite del Broker, un elenco riepilogativo, in formato Excel®, dei Sinistri denunciati dall'inizio del Contratto di assicurazione, riportante:

- la numerazione attribuita;
- la data di accadimento;
- la natura dell'evento;

- lo stato del sinistro;
- l'importo stimato per la sua definizione, o
- l'importo liquidato;
- qualora il sinistro sia stato respinto, i motivi della sua reiezione;
- una breve descrizione del sinistro.

L'Assicuratore dovrà fornire lo stesso riepilogo nel caso di ogni altra richiesta da parte della Contraente ed entro 15 (quindici) giorni dalla richiesta medesima.

Rimane fermo l'obbligo dell'Assicuratore di fornire tali dati, nei termini di cui sopra, anche dopo la scadenza del presente Contratto e fino al termine della chiusura dei sinistri denunciati.

Art. 1.14 – Forma delle comunicazioni della Contraente all'Assicuratore

Tutte le comunicazioni relative alla gestione del presente Contratto – che dovranno essere necessariamente inviate a mezzo posta elettronica e/o PEC - avverranno per il tramite del Broker, che viene quindi riconosciuto dalle Parti quale mittente e/o destinatario in luogo e per conto delle stesse.

Tutte le comunicazioni, ad eccezione di recesso o risoluzione del Contratto, avvengono per il tramite del Broker.

Art. 1.15 – Elementi per il calcolo del premio

Il premio annuale è determinato in base all'applicazione del prezzo per chilometro ed al numero dei veicoli in attività e di proprietà dell'Agenzia delle Entrate risultanti dall'offerta economica presentata dall'Assicuratore, che rimangono fissi per l'intera durata del Contratto, da applicarsi sui parametri espressamente indicati nello schema di offerta economica.

Il premio di ciascuna annualità (ed eventuali proroghe) verrà versato in via anticipata nella misura dell'80% per la parte relativa al chilometraggio e nella misura del 100% per la parte flat relativa al numero dei mezzi. Il restante premio sarà versato in sede di regolazione, come specificato al successivo Art. 2.4 – Regolazione del premio.

Art. 1.16 – Disciplina della responsabilità

La presente assicurazione vale per le richieste avanzate nei confronti dell'Assicurato indipendentemente dalla sede giurisdizionale e dalla fonte giuridica invocata: norme di legge nazionali, comunitarie, usi e consuetudini, ed ogni altra norma giuridica ritenuta applicabile.

Art. 1.17 – Personale distaccato o comandato, in telelavoro o lavoro agile

Le garanzie si intendono operanti anche qualora gli Assicurati fossero distaccati o comandati o prestino la propria attività presso terzi, su incarico e/o disposizione della Contraente e per il personale operativo in telelavoro o lavoro agile.

Art. 1.18 – Rinuncia al diritto di rivalsa

L'Assicuratore rinuncia, salvo il caso di dolo, al diritto di surrogazione derivante dall'Art. 1916 del Codice Civile nei confronti della Contraente, delle persone delle quali la Contraente debba

rispondere a norma di legge, gli utenti, nonché i clienti della Contraente, le associazioni, i patronati e gli enti in genere senza scopo di lucro.

L'Assicuratore rinuncia altresì all'azione di rivalsa nei confronti di chiunque altro la Contraente o l'Assicurato abbia inteso salvaguardare con la stipula di particolari accordi scritti, salvo sempre il caso di dolo.

L'Assicuratore rinuncia a favore dell'Assicurato o suoi aventi diritto, all'azione di rivalsa verso i terzi responsabili dell'infortunio che le compete ai sensi dell'Art. 1916 Codice Civile.

Art. 1.19 – Assicurazione per conto altrui

Poiché la presente assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dal presente Capitolato di polizza devono essere adempiuti dalla Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 del Codice Civile.

Art. 1.20 – Tracciabilità dei flussi finanziari

L'Assicuratore, il Broker, nonché ogni altra impresa a qualsiasi titolo interessata al presente contratto (cd. filiera), sono impegnate ad osservare gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari in ottemperanza a quanto previsto dalla Legge 13 agosto 2010 n. 136 e s.m.i.

I soggetti di cui al paragrafo che precede sono obbligati a comunicare alla Stazione appaltante gli estremi identificativi dei conti correnti bancari o postali dedicati, anche se in via non esclusiva, alle movimentazioni finanziarie relative al Contratto, unitamente alle generalità e al codice fiscale dei soggetti abilitati ad operare su tali conti correnti.

Tutte le movimentazioni finanziarie relative al Contratto dovranno avvenire – salve le deroghe previste dalla normativa sopra citata – tramite bonifico bancario o postale e riportare relativamente a ciascuna transazione il codice identificativo di gara (CIG) o, qualora previsto, il codice unico di progetto (CUP) comunicato dalla Stazione appaltante.

Il mancato assolvimento degli obblighi previsti dall'art. 3 della citata legge n. 136/2010 costituisce causa di risoluzione del contratto, ai sensi dell'art. 1456 c.c. e dell'art. 3 comma 8 della Legge suddetta.

Art. 1.21 – Requisito di esecuzione

Disponibilità o impegno a dotarsi, in caso di aggiudicazione, di rete peritale attiva sul territorio nazionale ed impegno ad accentrare la trattazione e la liquidazione dei sinistri presso unico Ufficio, ubicato in territorio italiano, a cui il Broker farà riferimento per la gestione dei sinistri.

Disponibilità o impegno a dotarsi, in caso di aggiudicazione, di un sistema informatizzato per la gestione dei sinistri in ambito nazionale.

In caso di RTI/coassicurazione gli impegni sopra indicati dovranno essere posseduti e attestati da impresa mandataria/delegataria.

Art. 1.22 – Disposizione finale

Rimane convenuto che si intendono operanti solo le norme di cui al presente Capitolato di polizza.

La firma apposta dalla Contraente su modelli a stampa forniti dall'Assicuratore vale solo quale presa d'atto del premio e dell'eventuale ripartizione del rischio tra le società che costituiscono

l'Assicuratore, in caso di partecipazione alla gara in forma associata (RTI – Consorzio - Coassicurazione).

Art. 2 – CONDIZIONI SPECIALI DI ASSICURAZIONE

Art. 2.1 – Regolazione e conguaglio del premio

Il premio del Periodo Assicurativo viene anticipato, in via provvisoria, nella misura dell'80% per la parte relativa al chilometraggio e nella misura del 100% per la parte flat relativa al numero dei mezzi (Art.1.15 - Elementi per il calcolo del premio), e sarà regolato alla fine del medesimo Periodo Assicurativo applicando il prezzo per chilometro risultante dall'offerta economica presentata dall'Assicuratore al parametro dei chilometri effettivamente percorsi nel Periodo Assicurativo di riferimento oltre al numero effettivo dei veicoli in attività di proprietà dell'Agenzia delle Entrate risultante a consuntivo. Le eventuali variazioni in aumento o in diminuzione non verranno considerate modifiche o aggravamenti di rischio.

A tale scopo, entro 90 (novanta) giorni dalla data di scadenza di ciascun Periodo Assicurativo, la Contraente comunicherà all'Assicuratore, per il tramite del Broker, il numero dei chilometri effettivamente percorsi nel Periodo Assicurativo di riferimento ed il numero effettivo dei veicoli in attività di proprietà dell'Agenzia delle Entrate. Se, nel termine di scadenza di cui sopra, la Contraente non provvede alle anzidette comunicazioni circa la regolazione del premio, l'Assicuratore fisserà un ulteriore termine di 30 (trenta) giorni dandone comunicazione alla Contraente, a mezzo PEC. Trascorso inutilmente il suddetto termine, la garanzia resterà sospesa nei confronti della Contraente, fermo l'obbligo di provvedere al pagamento del premio di regolazione dovuto.

L'Assicuratore, sulla base dei dati sopra menzionati comunicati dalla Contraente, provvederà ad emettere ed a recapitare al Broker la relativa appendice contrattuale entro e non oltre il termine di 30 (trenta) giorni dalla comunicazione stessa.

Le differenze, attive e passive, risultanti dalla regolazione, devono essere pagate, rispettivamente dalla Contraente e dell'Assicuratore, nei termini di cui al precedente Art. 1.3 – Pagamento del premio e decorrenza della garanzia, nel rispetto della normativa di natura contabile/fiscale applicabile in materia.

L'Assicuratore ha il diritto di effettuare verifiche e controlli sui dati forniti dalla Contraente a fronte dei quali la Contraente stessa è tenuta a fornire i chiarimenti e la documentazione necessaria.

Si conviene che, ove la Contraente abbia in buona fede omissso di fornire o fornito indicazioni inesatte o incomplete, l'Assicuratore riconoscerà comunque la piena validità del Contratto, fatto salvo il suo diritto a richiedere l'eventuale quota di premio non percepita.

Art. 2.2 – Estensione territoriale

La validità dell'assicurazione si intende operante per il territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano, della Repubblica di San Marino, e dei Paesi CEE e/o per i quali è previsto il rilascio della Carta Verde, nell'ambito del territorio europeo.

Art. 2.3 – Efficacia temporale della garanzia

Le garanzie prestate avranno efficacia per i fatti accaduti durante la vigenza del presente Contratto.

Art. 2.4 – Penali

In caso di ritardo nell'adempimento delle prestazioni contrattuali assunte dall'Assicuratore, la Contraente potrà applicare, salvo il maggior danno, le penali giornaliere di seguito riportate:

Prestazione	Rif. Art.	Termine	Penale per ogni giorno di ritardo
Emissione della polizza e delle appendici	1.1	Entro 30 (trenta) giorni dalla data di effetto di ciascun documento	0,3 ‰ (zerovirgolatrepermille) del valore del premio annuale al netto della regolazione
Fornitura dei dati dell'andamento del rischio	1.13	Entro il 15° giorno del mese successivo al semestre di riferimento ovvero entro 15 (quindici) giorni dalla richiesta	0,3 ‰ (zerovirgolatrepermille) del valore del premio annuale al netto della regolazione
Apertura del Sinistro	4.1	Entro 10 (dieci) giorni lavorativi, dal ricevimento della denuncia di sinistro.	0,3 ‰ (zerovirgolatrepermille) del valore del premio annuale al netto della regolazione
Rifiuto all'apertura del Sinistro	4.1	Entro 10 (dieci) giorni lavorativi, dal ricevimento della denuncia di sinistro.	0,3 ‰ (zerovirgolatrepermille) del valore del premio annuale al netto della regolazione
Liquidazione del sinistro	4.3	Entro 15 (quindici) giorni dall'accettazione della proposta di liquidazione.	0,3 ‰ (zerovirgolatrepermille) del valore del premio annuale al netto della regolazione

ART. 3 – CONDIZIONI CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Le condizioni che seguono prevalgono in caso di discordanza sulle condizioni che regolano l'assicurazione in generale di cui ai precedenti articoli 1 e 2.

L'eventuale discordanza tra le condizioni che regolano l'assicurazione in generale, le norme che regolano l'assicurazione in particolare e/o le condizioni del Codice Civile sui contratti di assicurazione, verrà risolta sempre nella maniera più favorevole alla Contraente e/o agli Assicurati.

Art. 3.1 – Oggetto dell'assicurazione

Oggetto dell'assicurazione sono gli infortuni occorsi agli Assicurati dai quali derivi la morte, o una invalidità permanente assoluta o parziale e/o esborsi per spese mediche.

Art. 3.2 - Soggetti assicurati

L'assicurazione è prestata per gli infortuni occorsi a

1) Dipendenti della Contraente autorizzati

- a) a servirsi di un mezzo di trasporto in uso per missioni e/o spostamenti fuori ufficio per il tempo strettamente necessario all'esecuzione delle prestazioni di servizio;
- b) alla guida di veicoli e/o natanti di proprietà o in uso a qualunque titolo alla Contraente stessa;

2) ogni soggetto, diverso da quelli di cui ai punti che precedono, per cui sussista un obbligo di legge o contrattuale alla copertura da parte della Contraente medesima ed a cui, se non diversamente disciplinato, si intenderà applicabile in via analogica la normativa prevista per i Dipendenti.

La garanzia si intende estesa anche

- per le missioni in genere, anche se effettuate con mezzo di Trasporto Pubblico Locale;
- alle persone di cui sia stato autorizzato il trasporto da parte della Contraente.

La Contraente è esonerata dall'obbligo della preventiva denuncia degli elementi identificativi dei veicoli assicurati nonché delle generalità delle persone che usano tali veicoli.

Art. 3.3 - Efficacia della copertura assicurativa

La copertura assicurativa si riferisce, agli infortuni sofferti dagli Assicurati:

a. di cui al punto 1.a e 2) dell'Art. 3.2: in occasione della guida di veicoli in loro uso, esclusi quelli di proprietà o in locazione e/o comodato alla Contraente, per ragioni di servizio per conto della Contraente stessa.

L'assicurazione vale anche per gli infortuni subiti durante le operazioni necessarie per la ripresa della marcia in caso di fermata del veicolo, le operazioni di rifornimento del veicolo e ogni altra operazione ad esse assimilabile.

La garanzia è operante sia quando la sede di partenza risulti essere il luogo presso il quale l'assicurato presta abitualmente servizio sia altro luogo secondo quanto stabilito dal regolamento di missione;

- b. di cui al punto 1.b dell'Art. 3.2: in occasione della guida di veicoli/natanti di proprietà o in uso a qualunque titolo alla Contraente stessa

L'assicurazione vale anche per gli infortuni subiti durante le operazioni necessarie per la ripresa della marcia in caso di fermata del veicolo, le operazioni di rifornimento del veicolo e ogni altra operazione ad esse assimilabile.

Si precisa che nella garanzia si intende compreso il tragitto da, tra, per il/i luogo/i di lavoro nonché da e per l'abitazione (anche occasionale) dell'Assicurato.

Art. 3.4 – Rischi inclusi nell'assicurazione

Ai sensi del presente Capitolato di polizza sono considerati parificati ad infortunio anche i seguenti eventi:

- annegamento;
- folgorazione;
- effetti delle influenze termiche ed atmosferiche;
- assideramento e/o congelamento;
- asfissia per involontaria aspirazione di gas o vapori, soffocamento da ingestione di solidi e liquidi e comunque di qualunque corpo estraneo;
- avvelenamenti acuti da ingestione di cibo o altra sostanza, o l'assorbimento subitaneo di sostanze nocive;
- intossicazione anche non avente origine traumatica;
- lesioni da contatto con sostanze corrosive;
- i colpi di sole o di calore,
- lesioni muscolari (esclusi gli infarti);
- ernie traumatiche e da sforzo, incluse anche le ernie discali;
- conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche o di altre cure rese necessarie da infortunio;
- danni estetici conseguenti ad infortunio.

Le garanzie sono valide ed efficaci anche nei confronti di tutte le manifestazioni patologiche, sia immediate che verificatesi entro 180 giorni dall'infortunio, in diretto nesso causale con esso purché non causate e/o concausate da situazioni patologiche preesistenti anche se sconosciute all'assicurato

Sono inoltre compresi i seguenti eventi:

- infortuni sofferti in stato di malore o incoscienza;
- infortuni derivanti da imperizia, imprudenza, negligenza o colpa grave;
- infortuni subiti in occasione di: alluvioni, straripamenti, caduta del fulmine, ed altri eventi naturali
- infortuni subiti in occasione di tumulti popolari, atti di terrorismo, scioperi sommosse, sabotaggio, attentati, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- aggressioni ed atti violenti.

Art. 3.5 – Delimitazione dell'assicurazione - Esclusioni

Sono esclusi dalla presente assicurazione gli infortuni derivanti:

- derivanti da guerra e/o insurrezioni, ad eccezione di quanto previsto dall'art. 5.7 Rischio Guerra
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche;

- da abuso di psicofarmaci e/o dall'uso non terapeutico di sostanze stupefacenti e/o di allucinogeni;
- da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato salvo che siano conseguenti a legittima difesa o umana solidarietà;
- da stato di intossicazione acuta alcolica alla guida di qualsiasi veicolo e/o natante;
- da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio.
- da contaminazioni biologiche, chimiche e nucleari

Art. 3.6 – Somme assicurate

La Contraente è esonerata dalla preventiva denuncia delle generalità degli assicurati, per la identificazione dei quali si farà riferimento ai documenti ufficiali in possesso della stessa.

Le somme assicurate pro-capite sono le seguenti:

Caso Morte	€ 200.000,00 (salvo offerta migliorativa)
Caso Invalidità Permanente	€ 200.000,00 (salvo offerta migliorativa)
Rimborso Spese Mediche	€ 30.000,00 (salvo offerta migliorativa)

Art. 3.7 – Assicurabilità

Le garanzie assicurative non valgono per le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, epilessia o dalle seguenti infermità mentali: schizofrenia, sindromi organiche-cerebrali, forme maniaco depressive, stati paranoici; l'assicurazione altresì cessa con il manifestarsi di una delle predette condizioni.

Le garanzie assicurative, inoltre, non valgono per le persone di età maggiore di 75 anni.

Art. 3.8 – Morte

La somma assicurata per il caso Morte viene liquidata dall'Assicuratore ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi in parti uguali, purché la morte dell'Assicurato risulti conseguente ad un infortunio risarcibile ai termini del presente Capitolato di polizza e questa si verifichi entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio stesso è avvenuto.

Qualora il decesso avvenga in una località diversa da quella della sede di lavoro o della residenza dell'Assicurato, l'Assicuratore rimborserà altresì fino alla concorrenza di euro 2.000,00 (euro duemila/00) le spese necessarie per il trasporto della salma fino alla residenza dell'Assicurato

Art. 3.9 – Invalidità Permanente

Se l'infortunio ha per conseguenza una Invalidità Permanente e questa si verifica entro due anni dal giorno nel quale è avvenuto, l'Assicuratore liquida per tale titolo una indennità calcolata sulla somma assicurata per invalidità assoluta, secondo la tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali (con esclusione comunque di ogni e qualsiasi invalidità conseguente a malattia professionale) approvata con D.P.R. del 30.06.1965

n. 1124 e successive modificazioni eventualmente intervenute, con rinuncia da parte dell'Assicuratore all'applicazione della franchigia relativa prevista.

Per gli Assicurati mancini, le percentuali di Invalidità Permanente previste dalla precisata 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 trattasi di minorazione, le percentuali di cui alla citata tabella vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.

Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti, le percentuali previste nella predetta tabella sono addizionate fino al massimo del 100% della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente Totale.

Art. 3.10 – Cumulo di indennità

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 muore, l'Assicuratore corrisponde ai beneficiari designati o, in difetto, agli eredi, la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso Morte, ove questa sia superiore, e non chiede rimborso nel caso contrario.

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, l'Assicuratore paga agli eredi l'importo liquidato od offerto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

Art. 3.11 – Spese mediche da infortunio

L'Assicuratore rimborsa agli Assicurati, in caso di infortunio risarcibile ai termini del Capitolato di polizza, il costo delle cure mediche sostenute fino a concorrenza, per ogni evento, dell'importo di euro 30.000,00 (trentamila/00).

Per cure mediche si intendono:

- a) durante il ricovero in ospedale, clinica, casa o istituto di cura pubblico o privato (rette di degenza, onorari medici, chirurgo, aiuto chirurgo, anestesista, materiale di intervento, diritti di sala operatoria, medicinali, ecc.);
- b) per intervento chirurgico anche ambulatoriale;
- c) per visite mediche specialistiche e acquisti di medicinali;
- d) per applicazione di apparecchi gessati, bendaggi e docce di immobilizzazione, artroscopia diagnostica e operativa;
- e) per analisi e accertamenti diagnostici strumentali anche specialistici quali ad esempio:
 - tac (tomografia assiale computerizzata), ecografia, doppler, holter, scintigrafia, risonanza magnetica nucleare; – diagnostici di laboratorio, per esami clinici, immunologici, microscopici;
 - diagnostici radiologici, radioscopie, radiografie, stratigrafie, angiografie;
- f) per terapie fisiche anche specialistiche quali, ad esempio:
 - laser terapia, chiro-terapia, chinesi-terapia, trazioni vertebrali, ultrasuoni, marconi-terapia, masso-terapia;
- g) per presidi ortopedici, limitatamente a corsetti ortopedici per scoliosi e artrosi, protesi e tutori di funzione arti superiori, inferiori e tronco, protesi oculari;

- h) per interventi di chirurgia plastica ricostruttiva volti a eliminare danni estetici conseguenti all'infortunio denunciato;
- i) per cure termali effettuate nei 90 giorni successivi all'infortunio denunciato;
- j) per trasporto dell'infortunato con qualsiasi mezzo dal luogo dell'infortunio all'istituto di cura o di pronto soccorso.

Si precisa che la predetta elencazione è a titolo esemplificativo e non esaustivo.

Qualora l'Assicurato venga ritenuto non curabile nell'ambito della organizzazione ospedaliera del luogo ove è avvenuto l'infortunio, l'Assicuratore rimborsa inoltre fino alla concorrenza di euro 3.000,00 (euro tremila/00) le spese di trasferimento con il mezzo più idoneo al centro ospedaliero attrezzato per la cura dell'Assicurato più vicino alla sua residenza.

L'Assicuratore effettuerà i rimborsi, previa presentazione dei documenti giustificativi di spesa in originale, a cura ultimata.

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

ART. 4 – CONDIZIONI CHE REGOLANO LA GESTIONE SINISTRI

Art. 4.1 – Denuncia dei sinistri – Obblighi delle Parti

A parziale deroga dell'Art. 1913 Codice Civile, il conducente del veicolo che ha subito il danno risarcibile a termini del presente Contratto dovrà farne denuncia all'Ufficio competente presso la Contraente, che provvederà al suo inoltro all'Assicuratore, per il tramite del Broker, entro 60 (sessanta) giorni, da quando l'Ufficio competente ne è venuto a conoscenza.

La denuncia inoltrata dalla Contraente conterrà una esauriente descrizione del fatto nonché l'indicazione del luogo, data e ora in cui è accaduto, degli eventuali testimoni e Pubblici Ufficiali intervenuti, nonché di ogni altro elemento utile a consentire una ricostruzione più ampia del sinistro e costituirà prova dell'autorizzazione all'uso del veicolo per motivi di servizio. Diversamente, se presentata dal dipendente, la denuncia sarà altresì corredata dalla seguente documentazione: registro percorrenze, autorizzazione mezzo proprio, incarico di servizio/missione/verifica.

L'Assicurato, tramite il Broker, deve poi far seguire, nel più breve tempo possibile, la ulteriore documentazione del caso.

L'Assicuratore dovrà, entro 10 giorni lavorativi dalla ricezione della denuncia, comunicare al Broker l'apertura del sinistro, il numero di repertorio attribuito e l'indicazione dell'ulteriore documentazione di cui avesse necessità per l'istruttoria della pratica, il nominativo del perito, con il relativo recapito.

Nel termine di 10 (dieci) giorni lavorativi l'Assicuratore si obbliga a comunicare al Broker l'eventuale rifiuto all'apertura del Sinistro, motivandolo dettagliatamente rispetto agli obblighi contrattuali.

Art. 4.2 – Collegio Medico

In caso di divergenze sulla natura e sulle conseguenze delle lesioni, sul grado di Invalidità Permanente, l'Assicuratore e l'Assicurato si obbligano a conferire mandato, con scrittura privata, ad un Collegio di tre medici, di decidere a norma e nei limiti delle condizioni del presente Capitolato di polizza. Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge.

La proposta di convocare il Collegio Medico deve partire dall'Assicurato o dagli aventi diritto e deve essere fatta per iscritto con l'indicazione del nome del medico designato, dopo di che l'Assicuratore comunica all'Assicurato il nome del medico che essa a sua volta designa. Il terzo medico viene scelto, di comune accordo tra l'Assicuratore e l'Assicurato, tra una terna di medici proposta dai primi due medici; in caso di disaccordo il terzo medico verrà designato dal Segretario dell'Ordine dei Medici della Provincia di residenza dell'Assicurato.

Costituito il Collegio Medico lo stesso svolgerà le proprie attività con le modalità che riterrà più opportune fermo restando che qualora sia necessaria la presenza dell'Assicurato, i tempi, le modalità e il luogo saranno concordati con l'Assicurato stesso. Il Collegio Medico, al termine delle attività, redigerà un verbale contenente le decisioni assunte in ordine a quanto oggetto del mandato.

L'Assicuratore e l'Assicurato sosterranno ciascuno le proprie spese, compresi gli onorari del medico da essi designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico. La decisione del Collegio Medico è obbligatoria per le parti - anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale - le quali rinunciano fin da ora a qualsiasi impugnativa, salvo in caso di dolo, errore, violenza o di violazione dei patti contrattuali, impregiudicata in ogni caso ogni qualsivoglia azione od eccezione inerente l'indennizzabilità del danno.

Art. 4.3 – Liquidazione

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, l'Assicuratore provvederà, entro 20 (venti) giorni lavorativi, ad inviare la proposta di indennizzo all'Assicurato ed al Broker.

L'Assicuratore provvederà alla liquidazione di quanto previsto dalla proposta di indennizzo, entro 15 (quindici) giorni, dall'accettazione della proposta stessa e firma della relativa quietanza.

In caso l'Assicurato proponga di convocare il Collegio Medico, l'Assicuratore provvederà alla liquidazione del risarcimento, entro 20 (venti) giorni dalla data del verbale del Collegio Medico, sempre che non sia stata fatta opposizione.

Qualora l'infortunio indennizzabile ai sensi del presente Capitolato di polizza comporti una invalidità permanente di grado superiore al 20% (venti per cento), l'Assicuratore porrà a disposizione dell'infortunato un terzo della indennità corrispondente al danno al momento valutato, con riserva di successivo accertamento e conguaglio; il pagamento di tale anticipazione avverrà entro 30 giorni dal ricevimento, da parte dell'Assicuratore, della certificazione medica da cui risulti l'entità presunta della invalidità.

ART. 5 – CONDIZIONI PARTICOLARI

Art. 5.1 – Rinuncia alla rivalsa

L'Assicuratore rinuncia a favore dell'Assicurato o suoi aventi diritto, all'azione di rivalsa verso i terzi responsabili dell'infortunio che le compete ai sensi dell'Art. 1916 Codice Civile.

Art. 5.2 – Morte presunta

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile ai termini del Capitolato di polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato, e si presuma sia avvenuto il decesso, l'Assicuratore liquiderà ai beneficiari il capitale previsto per il caso Morte. La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termine degli Art. 60 e 62 Codice Civile.

Resta inteso che, se dopo che l'Assicuratore ha pagato l'indennità, risulterà che l'Assicurato è vivo, l'Assicuratore avrà diritto alla restituzione della somma pagata.

A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'Invalidità Permanente eventualmente subita.

Art. 5.3 - Limite massimo di indennizzo

In caso di infortunio sofferto contemporaneamente da più Assicurati a causa del medesimo evento, il limite massimo di indennizzo a carico dell'Assicuratore non potrà essere superiore a euro 7.500.000,00 (settemilionicinquecentomila/00).

Superando detto limite, gli indennizzi spettanti a ciascun Assicurato verranno ridotti proporzionalmente.

Art. 5.4 – Ernie traumatiche e da sforzo

A specificazione di quanto disposto a tale proposito all'Art. 3.2 - Rischi inclusi nell'assicurazione, si conviene che l'assicurazione comprende, limitatamente al caso di Invalidità Permanente, le ernie da causa violenta, con l'intesa che:

- nel caso di ernia addominale operata o operabile viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 2% della somma assicurata;
- nel caso di ernia addominale non operabile secondo parere medico, viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 10% (dieci per cento) della somma assicurata;
- nel caso di ernia del disco intervertebrale viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 2% della somma assicurata;

Qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio medico, di cui all'Art. 4.2 - Collegio Medico.

Art. 5.5 – Calamità naturali

L'assicurazione comprende gli infortuni derivanti da movimenti tellurici, inondazioni, eruzioni vulcaniche.

In caso di sinistro, che abbia colpito più persone in occasione di un medesimo evento, l'Assicuratore non potrà essere chiamata a risarcire un indennizzo complessivo superiore all'importo di euro 5.000.000,00 (cinquemilioni/00).

Art. 5.6 – Rischio guerra

La garanzia assicurativa prestata all'estero si intende estesa agli infortuni derivanti dallo stato di guerra, per un periodo massimo di 14 (quattordici) giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici.

Art. 5.7 – Esonero denuncia di infermità e difetti

Fermo restando quanto disposto dall'Art. 3 - Condizioni che regolano l'assicurazione Infortuni, si dà atto che la Contraente è esonerata dalla denuncia di difetti, infermità o mutilazioni da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione del Contratto o che dovessero in seguito sopravvenire.

In caso di infortunio, l'indennità per Invalidità Permanente viene liquidata per le sole conseguenze dirette causate dall'infortunio, conformemente a quanto previsto dal presente Capitolato di polizza.

Art. 5.8 – Danni estetici

Si conviene che, in caso di infortunio che abbia cagionato un danno di carattere estetico e lo stesso risulti non altrimenti indennizzabile ai termini del presente Contratto, l'Assicuratore riconoscerà il rimborso delle spese mediche sostenute dall'Assicurato allo scopo di ridurre o eliminare il danno fino a concorrenza di Euro 40.000,00 (quarantamila/00) per evento.

Art. 5.9 – Morsi di animali, punture di insetti

Resta convenuto tra le Parti che sono considerati infortuni le lesioni causate da infezioni acute obiettivamente accertate ed avvelenamenti che derivassero direttamente da punture di insetti e/o morsi di animali con esclusione della malaria e del carbonchio, ma con l'inclusione delle infezioni carbonchiose causate da ferite e/o abrasioni risarcibili ai termini del presente Capitolato di polizza.

Art. 5.10 – Rimpatrio della salma

In caso di decesso dell'assicurato a seguito di infortunio occorso durante la sua permanenza all'estero, l'Assicuratore, fino alla concorrenza di Euro 5.000,00 (cinquemila/00), rimborserà le spese sostenute per il trasporto della salma dal luogo del decesso al luogo di sepoltura in Italia.

Art. 5.11 – Rientro sanitario aereo

In caso di infortunio e/o malattia improvvisa all'Estero e qualora l'Assicurato necessiti, a giudizio dei medici curanti presso la struttura ospedaliera in cui si trova ricoverato, di un trasferimento in una struttura ospedaliera in Italia, più idonea e specializzata alle cure del caso, l'Assicuratore rimborsa all'Assicurato le spese per il trasporto aereo sanitario:

- A) in un ospedale attrezzato in Italia per il prosieguo delle cure e/o ulteriori indagini diagnostiche;
- B) presso la sua residenza.

Tale mezzo potrà essere:

- aereo sanitario (previsto solo per i Paesi Europei e per i Paesi del Bacino Mediterraneo);
- aereo di linea classe economica, se necessario con posto barellato.

Le spese per il trasporto, la sua organizzazione e l'eventuale costo del personale sanitario necessario durante il rientro, sarà a carico dell'Assicuratore fino ad Euro 50.000,00 (cinquantamila/00). La prestazione non verrà fornita in quei casi in cui si contravvenga a norme sanitarie nazionali o internazionali.

Art. 5.12 – Grave Invalidità Permanente

Nel caso di Invalidità Permanente cagionata da infortunio che determini la cessazione del rapporto di lavoro, l'Assicuratore corrisponderà un indennizzo in misura pari alla somma assicurata per il caso di invalidità permanente assoluta.

Dichiarazione

Ad ogni effetto di legge, nonché ai sensi degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, il Contraente e l'Assicuratore dichiarano di approvare specificatamente le disposizioni degli articoli seguenti delle Condizioni di Assicurazione:

Art. 1.3 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

Art. 1.4 - Aggravamento del rischio

Art. 1.7 - Durata del Contratto

Art. 1.10 - Rinvio alle norme di legge e Foro competente

Art. 1.11 - Assicurazione presso diversi assicuratori

Art. 1.12 - Clausola Broker

Art. 2.4 - Penali

Art. 5.1 - Rinuncia alla rivalsa

Conteggio del Premio

a) Dipendenti in missione

Totale chilometri annui percorsi	Premio lordo per chilometro
8.500.000,00	

b) Infortuni conducenti

Numero mezzi della Contraente	Premio lordo flat per mezzo
2	