

ALLEGATO 1 - POLIZZA INFORTUNI DIPENDENTI IN MISSIONE CON PROPRIO MEZZO DI TRASPORTO

Polizza Infortuni

Le norme dattiloscritte qui di seguito annullano e sostituiscono integralmente tutte le condizioni riportate a stampa che quindi si devono intendere abrogate e prive di effetto a meno che non siano di maggior favore per il contraente.

DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intendono:

per **CONTRAENTE** : l'Ente che stipula il contratto e pertanto:

➤ **la Camera di Commercio I. A. A. di Reggio Calabria**

per **ASSICURATO** : il soggetto il cui interesse è tutelato dall'assicurazione;

per **SOCIETA'** : l'impresa Assicuratrice;

per **ASSICURAZIONE** : il contratto di assicurazione,

per **POLIZZA** : il documento che prova l'assicurazione;

per **PREMIO** : la somma dovuta alle Imprese Assicuratrici;

per **RISCHIO** : la probabilità che si verifichi il sinistro;

per **SINISTRO** : il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prevista l'assicurazione;

per **INDENNIZZO** : la somma dovuta dalle Imprese di Assicurazione in caso di sinistro.

CONDIZIONI GENERALI

1. Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio non avvenute in buona fede possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione.

Tuttavia l'omissione, incompletezza o inesattezza della dichiarazione da parte del Contraente di una circostanza eventualmente aggravante il rischio, durante il corso della validità della presente polizza così come all'atto della sottoscrizione della stessa, non pregiudicano il diritto all'indennizzo, purché tali omissioni, inesatte o incomplete dichiarazioni non siano frutto di dolo.

Il Contraente comunque dovrà corrispondere alla Società il maggior premio, proporzionalmente al maggior rischio che ne è derivato, con decorrenza dal momento in cui la circostanza aggravante si sia verificata.

2. Altre assicurazioni.

Il Contraente è esonerato dal comunicare altre assicurazioni che avesse in corso o che stipulasse in futuro con altre imprese per gli stessi rischi assicurati con il presente contratto d'assicurazione.

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

3. Esonero della denuncia d'infermità preesistenti.

Resta inteso e convenuto che sono ammessi al beneficio dell'assicurazione tutti indistintamente gli Assicurati, e ciò indipendentemente dalle loro eventuali condizioni anormali di salute e da pregresse minorazioni fisiche o mutilazioni dalle quali gli Assicurati stessi risultassero affetti. Pertanto, in caso di sinistro, l'indennizzo sarà calcolato in base ai criteri sanciti dal presente contratto.

4. Esonero denuncia generalità degli assicurati.

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per l'identificazione di tali persone si farà riferimento alle risultanze dei libri del Contraente o documenti equipollenti.

5. Esonero denuncia sinistri precedenti.

L'assicurato è dispensato dalla preventiva dichiarazione dei precedenti sinistri.

6. Decorrenza dell'assicurazione - Pagamento del premio.

L'assicurazione decorre dalle ore 24 del giorno 26/04/2021.

La prima rata di premio, in deroga a quanto previsto dall'art. 1901 C.C., sarà versata entro 30 giorni dalla data di decorrenza del contratto; in caso diverso la garanzia decorrerà dalle ore 24 del giorno in cui si effettua il pagamento, ferme restando le prestabilite date di scadenza delle rate successive di premio. Per le rate di premio successive, il termine utile per il pagamento del premio sarà di 10 gg. dal nuovo inizio della garanzia, trascorso il quale l'assicurazione resta sospesa e rientra in vigore soltanto dalle ore 24 del giorno del pagamento del premio, ferme restando le date di scadenza contrattualmente stabilite.

7. Durata del contratto

Il presente contratto avrà la durata di anni 3 (TRE) dalla data di stipula e non sarà tacitamente rinnovabile. La Società comunque riconosce al Contraente, previa comunicazione da inviarsi con preavviso di almeno 15 giorni, la facoltà, alla scadenza, di prorogare il contratto per un ulteriore anno o per un minor periodo, non inferiore comunque a mesi tre, ferme le condizioni normative e di premio in corso.

8. Modifiche dell'assicurazione

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

9. Variazioni del rischio

E' espressamente convenuto che eventuali aggravanti o diminuzioni del rischio resteranno ininfluenti ai fini della validità della presente garanzia e non comporteranno diritto di recesso.

10. Recesso in caso di sinistro

La Società ed il Contraente hanno facoltà di recedere dal contratto a seguito di sinistro con preavviso di 120 giorni da comunicarsi con pec o lettera raccomandata. In seguito all'avvenuto recesso la Società rimborserà al Contraente entro 15 giorni dalla data di efficacia dello stesso, la porzione di premio al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non goduto.

11. Rinuncia al diritto di surroga

La Società 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.

12. Interpretazione del contratto

Si conviene fra le parti che in caso di dubbia interpretazione delle norme contrattuali sarà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole all'Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni di assicurazione.

13. Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico dei Contraente anche se il pagamento sia stato anticipato dalla Società.

14. Regolazione premio

Essendo il premio della presente polizza calcolato su elementi variabili, esso è anticipato, in via provvisoria, nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza e sarà regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo, secondo le variazioni, intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio. A tal fine entro novanta giorni dalla fine di ogni periodo assicurativo il Contraente dovrà fornire per iscritto alla Società i dati consuntivi. Le differenze attive o passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei 60 giorni successivi alla comunicazione scritta da parte della Società. Se il Contraente non effettua la comunicazione dei dati anzidetti o il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società, a mezzo raccomandata A. R., deve fissargli un ulteriore termine non inferiore a 30 giorni, trascorso il quale, il premio anticipato in via provvisoria per te rate successive è considerato in conto o a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo annuo per il quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva e la garanzia resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi. E' salvo per la Società il diritto di agire giudizialmente o di dichiarare con lettera raccomandata la risoluzione del contratto.

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi la regolazione dei premio, la Società, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione finché perdura tale inadempimento. Per il computo del premio e della relativa regolazione si farà riferimento alle risultanze dei registri della Contraente, che questa si obbliga ad esibire a seguito di richiesta della Società per i relativi accertamenti e controlli.

15. Rinvio alle norme di legge

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

16. Foro competente

Foro competente per le controversie riguardanti l'esecuzione del presente contratto è esclusivamente quello del luogo ove ha sede il Contraente.

DESCRIZIONE DEL RISCHIO

17. Oggetto dell'Assicurazione

La garanzia di cui alla presente polizza s'intende valida per gli infortuni occorsi ai dipendenti della Camera di Commercio di Reggio Calabria, in qualità di conducenti o trasportati, allorché siano autorizzati ad utilizzare, in occasione di missioni o per adempimenti di servizio fuori dall'ufficio, i propri mezzi di trasporto per il tempo strettamente necessario per l'esecuzione delle prestazioni di servizio.

L'assicurazione è prestata anche in favore di persone delle quali è stato autorizzato il trasporto non considerate «terzi» dalla vigente legislazione sull'assicurazione obbligatoria della R.C. derivante dalla circolazione di veicoli a motore e dei natanti.

L'assicurazione comprende inoltre gli infortuni:

- avvenuti durante la salita e la discesa dal veicolo nonché, in caso di riparazioni d'emergenza effettuate dagli Assicurati sulla strada, per mettere il veicolo in condizione di riprendere la marcia, per spostare l'automezzo stesso dal flusso del traffico o per reinserirlo nel traffico medesimo.

Sono compresi in garanzia, sempreché avvenuti a causa o in occasione dell'uso dei veicoli come sopra previsto, anche:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- i colpi di sole, di calore, le folgorazioni e la prolungata esposizione al caldo o al freddo;
- le affezioni e gli avvelenamenti conseguenti a morsi di animali e a punture di insetti o aracnidi, esclusi il carbonchio, la malaria e le malattie tropicali;
- l'annegamento;
- gli avvelenamenti acuti da ingestione od assorbimento di sostanze;
- le lesioni sofferte in conseguenza di imprudenza, imperizia e negligenza anche gravi;
- le lesioni (esclusi gli infarti) determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico, nonché le ernie di origine traumatica;
- le lesioni corporali sofferte per tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismo, attentati, a condizione che l'assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- le lesioni corporali causate da forze della natura compresi movimenti tellurici, maremoti, eruzioni vulcaniche, alluvioni, frane, valanghe, slavine e fenomeni connessi;
- gli infortuni derivanti da malore ed incoscienza

18. Esclusioni

Non sono compresi nell'assicurazione:

- gli infortuni derivanti da guerra e insurrezioni;
- gli infortuni che siano la conseguenza diretta od indiretta di trasmutazione dell'atomo e di radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche e da esposizioni a radiazioni ionizzanti;
- gli infortuni derivanti da stato di ubriachezza, uso non terapeutico di psicofarmaci, stupefacenti od allucinogeni;
- gli infortuni occorsi in occasione della partecipazione ad imprese temerarie salvo che si tratti di atti compiuti per dovere di solidarietà o legittima difesa;
- gli infortuni derivanti da delitti dolosi compiuti o tentati dagli assicurati;
- le conseguenze di operazioni chirurgiche e di accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio;

- gli infortuni subiti alla guida di qualsiasi veicolo o natante o motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione.

Non sono assicurabili le persone affette da infermità mentali che incidano sulla capacità di intendere e di volere, da alcolismo o da tossicodipendenza. L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi.

ESTENSIONI DI GARANZIA

19. Estensione territoriale

La garanzia è valida su tutto il territorio nazionale, sul territorio di Città del Vaticano e Repubblica San Marino.

20. Morte presunta

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termine del contratto di assicurazione, il corpo dell'Assicurato non sia ritrovato e si presuma sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà ai beneficiari indicati nel contratto di assicurazione, il capitale previsto per il caso di morte.

La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta ai termini degli art 60 e 62 C.C.

Nel caso che, successivamente al pagamento, risulti che la morte non si è verificata o che comunque non è dipesa da infortunio indennizzabile, la Società avrà diritto al rimborso dell'intera somma liquidata.

A restituzione avvenuta dell'intera somma liquidata, l'Assicurato non deceduto potrà far valere i propri diritti per l'invalidità eventualmente subita e residua, anche se nel frattempo fossero trascorsi oltre due anni dall'evento subito e, quindi, senza che si possano da parte della Società invocare eventuali termini di prescrizione che, al più, decorreranno da quel momento.

21. Morte

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifica, anche successivamente alla scadenza del contratto, entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida ai beneficiari la somma assicurata per il caso di morte. Per i 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

22. Invalidità permanente

Se l'infortunio ha per conseguenza un'invalidità permanente e questa si verifica, anche successivamente alla scadenza del contratto, entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida per 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 all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge.

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, è considerata come perdita anatomica dello stesso, se si tratta di minorazione, le percentuali sono ridotte in proporzione della funzionalità perduta. Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi o arti, l'indennità è stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al limite massimo del 100%.

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.

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.

23. Limiti di età

L'assicurazione vale per tutte le persone di età non superiore ai 75 (settantacinque) anni. Tuttavia per le 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. L'eventuale incasso di premi scaduti dopo il compimento dell'età suddetta non darà comunque diritto alla copertura. In tale ipotesi, a richiesta del Contraente, saranno rimborsati.

24. Rimborso spese di cura

In caso di infortunio o malattia professionale indennizzabile a termini di polizza, la società rimborsa, sino alla concorrenza del massimale annuo assicurativo, le spese di carattere sanitario direttamente conseguenti e sostenute:

- durante il ricovero in istituto di cura pubblico o privato (rette degenza, onorari medici, chirurgo, aiuto chirurgo, anestesista, materiale di intervento, diritti di sala operatoria, medicinali);
- per intervento chirurgico anche ambulatoriale;
- per visite mediche specialistiche e acquisto medicinali;
- per applicazioni di apparecchi gessati, bendaggi e docce di immobilizzazione, artroscopia diagnostica ed operativa;
- per analisi ed accertamenti:
 - a) diagnostici strumentali anche specialistici quali, ad esempio: TAC (tomografia assiale computerizzata) - ecografia - doppler - holter - scintigrafia - risonanza magnetica - risonanza magnetica nucleare;
 - b) diagnostici di laboratorio, per esami clinici, immunologici, microscopici,
 - c) diagnostici - radioscopie - radiografie - stratigrafie - angiografie;
- per terapie fisiche anche specialistiche quali ad esempio laserterapia, chioterapia, cinesiterapia, trazioni vertebrali, ultrasuoni, marconiterapia, massoterapia;
- per presidi ortopedici, limitatamente a corsetti ortopedici per scoliosi ed artrosi, protesi e tutori di funzione arti superiori, inferiori e tronco, protesi oculari;
- per interventi di chirurgia plastica ricostruttiva volti ad eliminare danni estetici conseguenti all'infortunio denunciato;
- per il trasporto dell'assicurato con qualsiasi mezzo dal luogo dell'infortunio all'istituto di cura o posto di pronto soccorso.

25. Modalità di liquidazione delle spese

Il rimborso viene effettuato dalla Società a guarigione clinica ultimata su presentazione, in originale, dei documenti giustificativi, debitamente quietanzati (notule dei medico, ricevute dei farmacista, conti dell'ospedale o clinica, ecc.). Tali documenti saranno restituiti all'Assicurato previa apposizione della data di liquidazione.

La domanda per il rimborso delle spese, corredata dai documenti giustificativi e dalla certificazione medica (ivi compresa eventualmente la cartella clinica) deve essere presentata alla Società, a pena di decadenza, entro il sessantesimo giorno successivo a quello in cui è terminata la cura medica. Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, distinte e ricevute per ottenerne il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto e termini della presente garanzia dietro presentazione di copia della certificazione delle spese effettivamente sostenute al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi vengono eseguiti in Italia al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano Cambi.

NORME IN CASO DI SINISTRO

26. Denuncia dell'infortunio ed obblighi relativi

La denuncia dell'infortunio con una indicazione di luogo, giorno ed ora, delle sue cause e conseguenze, deve essere fatta alla Società cui è assegnato il contratto di assicurazione entro 15 giorni lavorativi dall'infortunio o dal momento in cui il contraente o gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità. Avvenuto l'infortunio, l'Assicurato deve ricorrere alle cure di un medico e seguirne le prescrizioni, nonché informare periodicamente la Società 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 avviso alla Società nel più breve tempo possibile.

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

27. Criteri di indennizzo

Le indennità sono corrisposte dalla Compagnia esclusivamente per le lesioni corporali direttamente causate dall'infortunio; non si tiene conto pertanto degli aggravamenti provocati né di quelli subiti da lesioni, condizioni patologiche, difetti fisici e mutilazioni, che esistessero prima dell'infortunio,

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, l'indennità per invalidità permanente è diminuita tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Se dopo aver ricevuto un'indennità per invalidità permanente l'Assicurato muore a causa dell'infortunio entro 2 (due) anni dal giorno in cui è avvenuto, la Compagnia corrisponde ai Beneficiari la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, se questa è superiore, e non chiede il rimborso in caso contrario.

28. Controversie e collegio arbitrate

In caso di disaccordo sulla causa o sulla natura delle lesioni o sulla valutazione delle conseguenze attribuibili all'infortunio, la vertenza è deferita per competenza alla Camera Arbitrale della Camera di commercio di Catanzaro.

Il collegio è composto di tre medici, di cui due nominati dalle Parti, una per ciascuna, ed il terzo d'accordo fra i primi due 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.

29. Comunicazione dati dei sinistri

La Società Assicuratrice è tenuta a fornire al Contraente, con cadenza semestrale o, in caso di necessità dalla data di specifica richiesta i dati relativi ai sinistri denunciati.

Tale documentazione dovrà indicare per ogni posizione o sinistro lo stato del sinistro stesso, in altre parole:

- liquidato, indicando il relativo importo;
- in corso di definizione indicando, ove esista, l'importo stimato o l'entità della riserva;
- respinto, indicandone i motivi.

30. Somme assicurate

Per ciascun Assicurato i capitali garantiti sono i seguenti:

- a) € 250.000,00 Morte;
- b) € 250.000,00 Invalidità Permanente;
- c) € 5.000,00 Rimborso Spese di Cura.

31. Franchigie

Nessuna franchigia sarà applicata per l'invalidità permanente

32. Calcolo del premio

Il premio dovuto alla Società si intende pattuito in € ----- comprensivo di imposte per ogni Km di percorrenza annua. Il premio versato in via anticipata è preventivamente conteggiato sulla base di una percorrenza annua presunta di **Km 16.000**. Entro 90 giorni dalla fine di ogni annualità assicurativa il Contraente è tenuto a comunicare alla Società il consuntivo dei Km percorsi affinché si possa procedere alla regolazione del premio con le modalità di cui all'art. 14.

33. Disposizione finale

Rimane convenuto che si intendono operanti le presenti norme dattiloscritte.

La firma apposta dalla Contraente su moduli a stampa forniti dalla Società Assicuratrice vale solo quale presa d'atto del premio e per le norme di maggior favore per il contraente.