



Azienda Servizi Igiene Ambientale Napoli S.p.A.

POLIZZA INFORTUNI DEI CONDUCENTI

Durata:	dalle ore 24,00 del	30.06.2011
	alle ore 24,00 del	31.12.2013
Frazionamento:	Semestrale	

DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intende per:

per CONTRAENTE:	Azienda Servizi Igiene Ambientale Napoli S.p.A.
per ASSICURATO:	Il Soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione;
per ASSICURATORI:	L'impresa o il gruppo di imprese assicuratrici che prestano l'assicurazione;
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 e l'entità dei danni che possono derivarne;
per SINISTRO:	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prevista l'assicurazione;
per INDENNITA':	la somma dovuta dalle Imprese di Assicurazione in caso di sinistro;
per FRANCHIGIA:	la parte del danno indennizzabile, espressa in cifra fissa, che rimane a carico dell'Assicurato;
per BROKER:	l'intermediario di assicurazioni a cui il Contraente abbia affidata la gestione ed esecuzione del contratto;

POLIZZA INFORTUNI

Le norme dattiloscritte qui di seguito annullano e sostituiscono integralmente tutte le eventuali condizioni riportate a stampa, dagli Assicuratori, che quindi si devono intendere abrogate e prive di effetto.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – Buona fede

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, ai sensi degli artt. 1892 - 1893 - 1894 del Codice Civile.

Tuttavia l'omissione, incompletezza o inesattezza della dichiarazione da parte del Contraente/Assicurato di una o più circostanze 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 sempreché tali omissioni, incomplete o inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo del Contraente.

Art. 2 - Modifiche dell'assicurazione

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

Art. 3 - Aggravamento del rischio

L'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento di rischio.

Gli aggravamenti di rischio non noti alla Società o non accettati dalla stessa possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'art.1898 del Codice Civile, salvo quanto previsto all'art.1 delle presenti condizioni generali di assicurazione.

Art. 4 - Diminuzione del rischio

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premi successivi alla comunicazione dell'Assicurato (art.1897 del Codice Civile) e rinunciano al relativo diritto di recesso.

Art. 5 - Oneri fiscali

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

Art. 6 - Foro competente

Per le controversie diverse da quelle previste dall'art. 28, il foro competente è esclusivamente quello della sede legale del Contraente.

Art. 7 - Rinvio alle norme di legge

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

Art. 8 - Altre assicurazioni

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

Il presente contratto di 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.

Art. 9 – Decorrenza e durata dell'assicurazione - Pagamento del premio

L'assicurazione decorre dalle ore 24.00 del **30/06/2011** e termina alle ore 24.00 del **31/12/2013** senza tacito rinnovo.

Il Contraente è tenuto a pagare il premio del rateo iniziale di perfezionamento, dal **30/06/2011** fino al **31/12/2011**, entro sessanta giorni dalla decorrenza della polizza, altrimenti avrà effetto dalle ore 24.00 del giorno di pagamento, salvo diversi accordi fra le Parti.

Le rate di premio, con scadenza semestrale, successiva alla prima devono essere pagate entro le ore 24.00 del sessantesimo giorno dopo quello della scadenza.

Trascorso tale termine, salvo accordi fra le Parti, la garanzia sarà sospesa e riprenderà dalle ore 24.00 del giorno del pagamento.

Resta fermo il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Art. 10 - Clausola Broker

Il Contraente dichiara di aver affidato la gestione della presente polizza alla società di brokeraggio assicurativo Marsh S.p.A. in qualità di broker ai sensi del D.Lgs. 209/2005.

La Società riconosce, pertanto, che ogni comunicazione relativa alla presente assicurazione avverrà per il tramite del Broker e tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti per conto dell'Assicurato dalla Marsh S.p.A.

Il compenso del Broker rimane a carico della/e Società aggiudicataria/e, per tutta la durata contrattuale.

Art. 11 - Obbligo di fornire i dati sull'andamento del rischio

La Società alle scadenze semestrali, si impegna a fornire al Contraente il dettaglio dei sinistri così suddiviso:

- a) sinistri denunciati;
- b) sinistri riservati (con indicazione dell'importo a riserva);
- c) sinistri liquidati (con indicazione della data e dell'importo liquidato);

Tutti i sinistri dovranno essere corredati di data di apertura della pratica presso l'Impresa, di data di accadimento del sinistro, data dell'eventuale chiusura della pratica per liquidazione od altro motivo.

Il monitoraggio deve essere fornito progressivamente, cioè in modo continuo ed aggiornato dalla data di accensione della copertura fino a quando non vi sia l'esaurimento di ogni pratica.

La documentazione di cui sopra dovrà essere fornita al Contraente mediante supporto informatico (foglio elettronico) compatibile ed utilizzabile dal Contraente stesso per l'analisi e/o disamina di gruppi di sinistri affini.

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.

Art. 12 - Interpretazione della polizza

Si conviene fra le parti che verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole all'Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di polizza.

Art. 13 - Variazione della persona del contraente

In caso di alienazione o cessione dell'Azienda, il Contraente o gli aventi causa devono, entro il termine di 15 giorni dal loro verificarsi, comunicarlo alla Società, la quale nei successivi 30 giorni ha facoltà di recedere dal contratto dandone comunicazione con preavviso di 15 giorni

Art. 14 - Rescindibilità annuale

Al termine di ogni anno assicurativo (31/12) è data facoltà alle parti di recedere dal contratto con preavviso di 90 giorni dalla scadenza annuale mediante lettera raccomandata. Tale recesso comporterà automaticamente la risoluzione da tutti gli altri contratti aggiudicati con la medesima gara d'appalto.

Art. 15 - Coassicurazione e delega

L'assicurazione è ripartita per quota 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 ai sensi dell'art. 1911 C.C.

La Spettabile Compagnia Delegataria 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 Compagnia Delegataria la cui firma in calce di eventuali futuri atti impegnerà che le Coassicuratrici che in forza della presente clausola ne conferiscono mandato.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Art. 16- Oggetto dell'assicurazione

La garanzia di cui alla presente polizza s'intende valida per gli infortuni occorsi al conducente durante ed in conseguenza dell'uso dei veicoli di proprietà/comodato d'uso della Contraente.

Automezzi assicurati.: complessivamente **n° 634**

Sono compresi in garanzia, sempre che avvenuti a causa o in occasione delle attività sopra specificate, anche:

- contatto con corrosivi;
- l'assideramento o congelamento;
- la folgorazione;
- i colpi di sole o di calore;
- le ernie traumatiche, le lesioni (esclusi gli infarti) determinate da sforzi muscolari aventi
- carattere traumatico;

- gli infortuni derivanti da imprudenza e negligenza o colpa grave;
- gli infortuni subiti in conseguenza di calamità naturali costituite da terremoto, maremoto, eruzione vulcanica, alluvioni, inondazioni e fenomeni connessi;
- gli infortuni causati da influenze termiche ed atmosferiche;

Art. 17 - Esclusioni

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

- ◆ partecipazione a gare e corse (e relative prove) ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo, dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove) che comportano l'uso o la guida di veicoli a motore e natanti, salvo che si tratti di regolarità pura;
- ◆ gli infortuni derivanti da guerra e insurrezioni, da delitti dolosi compiuti o tentati all'Assicurato;
- ◆ gli infortuni che siano conseguenza diretta od indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo e di radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, e da esposizione a radiazioni ionizzanti;
- ◆ gli infortuni derivanti dall'abuso di psicofarmaci o da uso non terapeutico di stupefacenti od allucinogeni;
- ◆ gli infortuni occorsi in occasione di partecipazione ad imprese temerarie, salvo in quest'ultimo caso che si tratti di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- ◆ le conseguenze di operazioni chirurgiche e di accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio.
- ◆ in conseguenza di dolo o di azioni delittuose dell'Assicurato

ESTENSIONI DI GARANZIA**Art. 18 - Morte presunta**

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termine del contratto di assicurazione, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato, e si presume 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 6 mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta ai termini degli artt.60 e 62 Codice civile.

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.

Art. 19 - Limiti di età

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

Tuttavia per persone che raggiungano tale età nel corso del contratto di assicurazione, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio e

cessa al compimento di detto termine, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti, dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso verranno restituiti a richiesta del Contraente.

Art. 20 – Esonero denuncia preesistenti infermità

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

Sono ammessi, quindi, al beneficio dell'assicurazione tutti i soggetti come indicato all'art. 21 ciò indipendentemente dalle loro eventuali condizioni anormali di salute e dalle infermità, minorazioni fisiche o mutilazioni delle quali gli Assicurati stessi risultassero affetti al momento della stipula o che sopravvenissero successivamente, salvo quanto previsto all'art. 22 delle presenti condizioni di polizza.

Pertanto, in caso di sinistro, l'indennizzo sarà calcolato in base ai criteri sanciti dal presente contratto.

Art. 21 - Esonero denuncia generalità degli assicurati - Regolazione del premio

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, libri che questi si impegna ad esibire in qualsiasi momento, insieme ad ogni altro documento probatorio in suo possesso a semplice richiesta delle persone incaricate dalla Società di fare accertamenti e controlli.

Il premio conteggiato, viene anticipato in via provvisoria sul numero di **634** veicoli e calcolato in ragione di 1/365 per ogni giornata di garanzia.

La Società è tenuta entro novanta giorni dalla scadenza annuale ad emettere appendice di regolazione premio per le variazioni relative alle eventuali immissioni, dismissioni o sospensioni di veicoli assicurati intervenute nell'annualità assicurativa precedente o del minor periodo assicurativo.

Il Contraente sarà tenuto al pagamento del conguaglio entro sessanta giorni dalla data di ricezione dell'appendice di regolazione.

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie all'obbligo di pagamento della regolazione del premio, la Società, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per gli infortuni accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

Art. 22 – 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:

⇒ sindrome organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco - depressive o stati paranoici.

L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi.

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

Art. 23 - Denuncia dell'infortunio ed obblighi relativi

La denuncia dell'infortunio con una dettagliata descrizione dello stesso e delle sue cause e conseguenze, corredata di certificato medico, deve essere fatta alla Società cui è assegnato il

contratto di assicurazione nel termine di 15 (quindici) giorni lavorativi dall'infortunio o dal momento in cui l'Assicurato o gli aventi diritto ne abbiano avuto possibilità.

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

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

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

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

Art. 24 - Criteri di indennizzo

La Società corrisponderà l'indennità per le sole conseguenze dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio può avere esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

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

Art. 25 - Morte

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

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

Art. 26 - Invalidità permanente

Se l'infortunio ha per conseguenza un'invalidità permanente e questa si verifica entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida 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, viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se si tratta di minorazione, le percentuali vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta. Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi o arti, l'indennità viene stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al limite massimo del 100%.

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

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

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

Nel caso di ernia che per essere determinata da infortunio (ernia traumatica) risulti compresa in garanzia, l'indennità è stabilita come segue:

- ◆ se l'ernia è operabile e il contratto prevede il caso di inabilità temporanea, la Società corrisponderà la somma giornaliera assicurata per l'inabilità temporanea, fino ad un massimo di 30gg.
- ◆ se l'ernia non risulta operabile, la Società corrisponderà l'indennità fino al 10% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente.

Qualora insorga contestazione circa l'operabilità o meno dell'ernia, la decisione sarà rimessa al Collegio Arbitrale di cui al successivo art.28.

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

Art. 27 - Rimborso spese di cura a seguito di infortunio

Per la cura delle lesioni causate da infortunio indennizzabile a termini di polizza, la Società rimborsa - fino alla concorrenza del massimale assicurato - le spese sostenute:

in caso di ricovero, per la degenza in Istituto di cura (onorari dei Medici, cure mediche, esami, diritti di sala operatoria, materiali di intervento compreso l'acquisto di apparecchi protesici e terapeutici, trattamenti riabilitativi, rette di degenza).

Qualora le spese di ricovero siano interamente a carico del Servizio Sanitario Nazionale, la Società - in sostituzione del rimborso - liquida una diaria di €52,00 per ogni pernottamento e per un massimo di 100 pernottamenti.

Art. 28 - Controversie e collegio arbitrale

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

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

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

Art. 29 - Rinuncia alla rivalsa

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.

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

Art. 30 – Anticipata risoluzione del contratto

E' data facoltà ad entrambe le parti (Assicurato e Assicuratori) di recedere dal contratto dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o dal rifiuto dell'indennizzo con un preavviso mediante lettera raccomandata di almeno 90 giorni.

In caso di recesso la Società assicuratrice sarà tenuta, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso stesso, al rimborso della parte di premio imponibile relativo al periodo non goduto di copertura assicurativa.

Tale recesso comporterà automaticamente la risoluzione da tutti gli altri contratti aggiudicati con la medesima gara d'appalto alla successiva scadenza annuale.

SOMME ASSICURATE PER OGNI PERSONA:

Morte	€ 154.937,00
Invalità Permanente	€ 154.937,00
Rimborso spese mediche	€ 2.582,00

FRANCHIGIA:

l'indennizzo in caso di invalidità permanente viene liquidato con una franchigia pari al 3%

Art. 31 – Calcolo del premio

Il premio annuo anticipato dovuto dalla Contraente viene così calcolato:

Scomposizione del premio

Premio annuo imponibile	€ _____
Imposte	€ _____
TOTALE	€ _____

Art. 31 – Liquidazione del Premio

Il premio annuo lordo anticipato sarà liquidato in rate semestrali con le seguenti modalità:

Rata iniziale		dal 30.06.2011		Al 31.12.2011	
Premio netto	Accessori (se previsti)	Premio imponibile	Imposte	Premio lordo	
€	€	€	€	€	

Rate successive		Semestrali		dal 31.12.2011	
Premio netto	Accessori (se previsti)	Premio imponibile	Imposte	Premio lordo	
€	€	€	€	€	

L'ASSICURATO

LA SOCIETÀ
