

LAZIO INNOVA S.P.A.



Capitolato tecnico dell'assicurazione Lotto 5

**Infortuni Dipendenti/conducenti in missione
con mezzo proprio o fornito da Lazio Innova
Spa**

CIG

**Decorrenza ore 24.00 del 31/12/2025
Scadenza ore 24.00 del 31/12/2028**

Sommario

DEFINIZIONI	3
SEZIONE 1. NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE	4
1.1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – Buona fede	4
1.2 Decorrenza della garanzia e pagamento del premio	4
1.3 Revisione dei prezzi	4
1.4 Modifiche dell'assicurazione.....	5
1.5 Durata del contratto - Rescindibilità.....	5
1.6 Rinvio alle norme di legge	5
1.7 Produzione di informazioni sui sinistri	5
1.8 Interpretazione del contratto	6
1.9 Oneri fiscali.....	6
1.10 Foro competente	6
1.11 Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società	6
1.12 Coassicurazione e delega.....	6
1.13 Clausola Broker	7
1.14 Obblighi della Società relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari	7
1.15 Trattamento dei dati	7
Sezione 2	8
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI	8
Art. 2.1 – Oggetto dell'assicurazione.....	8
Art. 2.2 – Esclusioni	8
Art. 2.3 – Limiti di età	8
Art.2. 4 – Persone non assicurabili	8
Art. 2.5 – Estensione territoriale	8
Art. 2.6 – Assicurazione per conto altrui.....	8
Art.2. 7 – Criteri di indennizzabilità.....	8
Art. 2.8 – Morte	9
Art. 2.9 – Invalidità permanente.....	9
Art. 2.10 – Diritto di surrogazione.....	9
Art. 2.11 – Denuncia dell'infortunio e obblighi relativi.....	9
Art. 2.12 – Modalità di valutazione del danno – Controversie.....	10
Sezione 3 - RISCHI ASSICURATI, CATEGORIE E SOMME ASSICURATE	11
Sezione 4 - CONDIZIONI PARTICOLARI.....	12
Sezione 4 - SCHEDA DI POLIZZA	15

DEFINIZIONI

Ai seguenti termini, le Parti attribuiscono il significato qui precisato

Assicurato: Il soggetto nel cui interesse è stipulata l'assicurazione.

Broker incaricato: Howden S.p.A. – Sede Legale in Milano, Via Arconati, 1 – mandatario incaricato dal Contraente per la gestione ed esecuzione del contratto, quale intermediario ai sensi dell'art. 109 comma 2 lett. b) del D.lgs. n. 209/2005.

Compagnia e/o Società: L'Impresa Assicuratrice.

Contraente: Il soggetto che stipula l'assicurazione riportato sul frontespizio della presente polizza.

Franchigia: Parte del danno indennizzabile che rimane a carico dell'Assicurato.

Inabilità temporanea: Temporanea incapacità di attendere alle occupazioni professionali svolte.

Indennizzo: La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Infortunio: Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, un'inabilità permanente o un'inabilità temporanea

Ingessatura: Mezzo di contenzione costituito da fasce gessate o altri apparecchi comunque immobilizzanti e applicati in istituti di cura o ambulatori medici.

Invalidità permanente: Perdita o diminuzione definitiva e irrimediabile della capacità a un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione svolta.

Istituti di cura: Ospedali, cliniche, case di cura, regolarmente autorizzati al ricovero dei malati, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno.

Periodo assicurativo annuo: L'intera annualità assicurativa o il minor periodo di durata dell'assicurazione.

Polizza: Il contratto di assicurazione.

Premio: La somma dovuta alla Società.

Ricovero: Degenza in istituto di cura che comporti il pernottamento o la degenza diurna (Day Hospital) di almeno 6 ore continuative.

Rischio: La probabilità che si verifichi il sinistro.

Sinistro: Il verificarsi del fatto dannoso previsto in polizza.

SEZIONE 1. NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

1.1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – Buona fede

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato all'atto della stipulazione del contratto e relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, così come la mancata comunicazione di successive circostanze o di mutamenti che aggravino il rischio, non comporteranno decadenza dal diritto all'indennizzo, né riduzione dello stesso, né cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893, 1894 e 1898 c.c., sempre che il Contraente e/o l'Assicurato non abbiano agito con dolo.

La Società ha peraltro il diritto di percepire la differenza di premio corrispondente al maggior rischio non valutato per effetto di circostanze non note, a decorrere dal momento in cui la circostanza si è verificata e sino all'ultima scadenza di premio.

A parziale deroga all'art. 1897 c.c., nei casi di diminuzione del rischio la riduzione di premio sarà immediata e la Società rimborserà la corrispondente quota di premio pagata e non goduta (al netto delle imposte) entro 60 giorni dalla comunicazione, rinunciando allo scioglimento del contratto e alla facoltà di recesso a essa spettante a termini del sopra richiamato art. 1897 c.c.

1.2 Decorrenza della garanzia e pagamento del premio

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza, anche in pendenza del pagamento del premio di prima rata sempre che detto pagamento, in deroga all'art. 1901 C.C., avvenga entro i 60 giorni successivi. In mancanza di pagamento l'assicurazione resterà sospesa dal 61° giorno fino alle ore 24 del giorno di pagamento.

Se il Contraente non paga i premi per le rate successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 60° giorno dopo quello della rispettiva scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze e il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti (art. 1901 C.C.).

I premi saranno pagati alla Società o all'agenzia alla quale è assegnata la polizza, anche per il tramite del Broker incaricato.

Il termine temporale concesso per i pagamenti dei premi di prima rata e delle rate successive deve intendersi operante anche relativamente alle appendici di variazione emesse a titolo oneroso, fermo quanto diversamente normato dalla clausola di regolazione del premio, ove prevista.

Il termine di mora di cui sopra, in deroga all'art. 1901 c.c., vale anche per le scadenze delle rate successive ed inoltre qualora il Contraente si avvalga della facoltà di ripetizione del servizio o proroga.

Ai sensi dell'art. 48 del DPR 602/1973 la Società dà atto che l'Assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuate dal Contraente ai sensi del D. M. E. F. del 18 Gennaio 2008 n°40, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'art. 3 del Decreto.

Inoltre, il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'art. 72 bis del DPR 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 c.c. nei confronti della Società stessa.

1.3 Revisione dei prezzi

Decorsi almeno 12 mesi dall'inizio del contratto, al verificarsi delle ipotesi di aggravamento del rischio previsti dall'art. 1.1 di polizza che comportino variazione in aumento del premio complessivo superiore al cinque per cento, la Società potrà richiedere motivatamente la revisione del corrispettivo originariamente pattuito nella misura dell'ottanta per cento della variazione detratta l'alea del 5 per cento, in relazione alla prestazione principale, ai sensi degli artt. 60 e 120 del D.Lgs. 36/2023.

La variazione potrà essere altresì richiesta dalla Società, secondo le modalità di cui al presente punto, al verificarsi di particolari condizioni di natura oggettiva, che determinino una variazione, in aumento o in diminuzione, del costo del servizio riferiti alle condizioni contrattuali orarie (retribuzioni del personale) per le attività finanziarie e assicurative, secondo gli indici sintetici elaborati dall'ISTAT.

Il Contraente, entro 15 giorni, a seguito della relativa istruttoria e tenuto conto delle richieste formulate, decide in ordine alle stesse formulando la propria proposta di revisione. In caso di accordo tra le Parti, si provvede alla modifica del contratto. Qualora sia pattuito un aumento di premio, il Contraente provvede a corrispondere l'integrazione pari all'ottanta per cento dell'incremento del costo del servizio detratta l'alea del 5 per cento, nei termini di cui al presente punto, a decorrere dalla successiva annualità. In caso di mancato accordo, il Contraente e la Società potranno rescindere il contratto al termine della annualità in corso al momento della proposta di revisione. È fatto salvo quanto previsto all'art. 1.5, in merito all'impegno della Società alla proroga tecnica.

1.4 Modifiche dell'assicurazione

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

1.5 Durata del contratto - Rescindibilità

Il contratto ha la durata indicata in frontespizio e cesserà irrevocabilmente alla scadenza del detto periodo senza obbligo di disdetta e con esclusione del tacito rinnovo.

Su espressa richiesta scritta del Contraente, al fine di consentire l'espletamento della procedura per l'aggiudicazione di un nuovo contratto, la Società s'impegna tuttavia a prorogare ai sensi dell'art.120 c.11 del D.lgs. 36/2023, l'assicurazione alle condizioni economiche e normative in corso, per il tempo necessario alla conclusione della procedura ma non oltre 180 giorni.

Nel caso di contratto di durata poliennale, ciascuna delle parti ha la facoltà di rescindere il contratto medesimo a ogni scadenza annua intermedia, mediante comunicazione scritta, da inviarsi all'altra parte almeno 90 giorni prima della scadenza del periodo assicurativo annuo in corso.

In caso di recesso da parte della Società, previa richiesta del Contraente, la stessa è obbligata a concedere una proroga per un periodo massimo di 90 giorni.

Si precisa che per avere effetto la predetta comunicazione di recesso della Società dovrà essere obbligatoriamente corredata dal dettaglio aggiornato dei sinistri articolato come specificato al successivo art. 1.7 "Produzione di informazioni sui sinistri", fatto salvo il diritto del Contraente di chiedere ed ottenere successivi aggiornamenti.

1.6 Rinvio alle norme di legge

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

1.7 Produzione di informazioni sui sinistri

1. La Società, a semplice richiesta del Contraente ed entro 20 (venti) giorni dal ricevimento della stessa, 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 dell'importo liquidato);
 - d) sinistri senza seguito;
 - e) sinistri respinti.
2. La documentazione di cui sopra dovrà essere fornita al Contraente mediante supporto informatico compatibile e utilizzabile dal Contraente stesso.

3. Gli obblighi precedentemente descritti devono intendersi validi fino alla completa definizione dei sinistri denunciati.
4. La Società si impegna a fornire ogni altra informazione disponibile, relativa al contratto assicurativo in essere che il Contraente, d'intesa con la Società, ritenga utile acquisire nel corso della vigenza del contratto. Al riguardo il Contraente deve fornire adeguata motivazione.

1.8 Interpretazione del contratto

Il presente capitolato normativo abroga e sostituisce ogni diversa previsione degli stampati della Società eventualmente uniti all'assicurazione, restando convenuto che la firma apposta dal Contraente sui detti stampati vale esclusivamente quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio fra le Società eventualmente partecipanti alla coassicurazione. Ciò premesso, si conviene fra le parti che in caso di dubbia interpretazione delle norme contrattuali verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole al Contraente/Assicurato.

1.9 Oneri fiscali

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

1.10 Foro competente

Per le controversie relative al presente contratto è competente, esclusivamente, l'autorità giudiziaria del luogo della sede del Contraente.

1.11 Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società

Si conviene tra le parti che tutte le comunicazioni alle quali le parti sono contrattualmente tenute saranno considerate valide se fatte dall'una all'altra parte con lettera raccomandata o e-mail o telefax o pec o altro strumento idoneo ad assicurarne la provenienza.

1.12 Coassicurazione e delega

Se l'assicurazione è ripartita per quote tra più Società coassicuratrici, rimane stabilito che:

- ciascuna di esse è tenuta alla prestazione in proporzione della rispettiva quota, quale risulta dal contratto stesso, restando tuttavia inteso che la Società coassicuratrice designata quale delegataria è tenuta in via solidale alla prestazione integrale e ciò in espressa deroga all'art. 1911 c.c.;
- tutte le comunicazioni inerenti al contratto, ivi comprese quelle relative al recesso e alla disdetta, devono trasmettersi dall'una all'altra parte unicamente per il tramite della Società coassicuratrice Delegataria e del Contraente e ogni comunicazione si intende data o ricevuta dalla Società Delegataria anche nel nome e per conto di tutte le Coassicuratrici;
- i premi di polizza verranno corrisposti dal Contraente unicamente nei confronti della Società Delegataria per conto di tutte le coassicuratrici;
- con la firma del presente contratto, le Coassicuratrici conferiscono mandato alla Società Delegataria per firmare i successivi documenti contrattuali e compiere tutti i necessari atti di gestione anche in loro nome e per loro conto; pertanto, la firma apposta su detti documenti dalla società Delegataria li rende validi a ogni effetto anche per le coassicuratrici (per le rispettive quote), senza che da queste possano essere opponibili eccezioni o limitazioni di sorta.

Relativamente ai premi scaduti, la delegataria potrà sostituire le quietanze delle Società coassicuratrici, eventualmente mancanti, con altra propria rilasciata in loro nome e per loro conto.

1.13 Clausola Broker

1. Il Contraente dichiara di avvalersi, per la gestione e l'esecuzione del presente contratto - ivi compreso il pagamento dei premi - dell'assistenza e della consulenza del broker. Pertanto, a parziale deroga delle norme che regolano l'assicurazione, il Contraente e la Società si danno reciprocamente atto che ogni comunicazione inerente all'esecuzione del presente contratto – con la sola eccezione di quelle riguardanti la cessazione del rapporto assicurativo - dovrà essere trasmessa, dall'una all'altra parte, unicamente per il tramite del Broker.
2. Per effetto di tale pattuizione ogni comunicazione fatta alla Società dal Broker, in nome e per conto del Contraente, si intenderà come fatta da quest'ultimo e, parimenti, ogni comunicazione inviata dalla Società al Broker si intenderà come fatta al Contraente. Resta inteso che il Broker gestirà in esclusiva per conto del Contraente il contratto sottoscritto, per tutto il permanere in vigore dell'incarico di brokeraggio, con l'impegno del Contraente a comunicarne alla Società l'eventuale revoca ovvero ogni variazione del rapporto che possa riguardare il presente contratto. Non viene meno il potere della Contraente di corrispondere direttamente i premi o di formulare comunicazioni direttamente alla compagnia.
3. La Società, inoltre, riconosce che il pagamento dei premi e delle eventuali regolazioni potrà essere fatto, come di norma sarà effettuato, dal Contraente tramite il Broker sopra designato; resta intesa l'efficacia liberatoria, anche a termine dell'art. 1901 del Codice Civile, del pagamento così effettuato. Con ciò non è esclusa la possibilità del contraente di corrispondere direttamente i premi.
4. Il Broker invierà alla Società delegataria, a mezzo mail e/o telefax e/o pec, le relative comunicazioni d'incasso e la Società riterrà valida agli effetti della copertura assicurativa la data di spedizione risultante dalla data di invio della mail e/o telefax e/o pec.
5. I premi incassati dal Broker verranno versati alla Società entro il giorno 10 del mese successivo a quello dell'incasso, fermi restando i termini temporali della copertura.
6. La remunerazione del broker, che ha eseguito le attività di cui sopra, è a carico della Compagnia nella misura, in percentuale sul premio imponibile, del 4,90%.

1.14 Obblighi della Società relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari

In ottemperanza all'articolo 3 della Legge numero 136 del 13 agosto 2010, la Stazione Appaltante, la Società e, ove presente, l'intermediario, assumono gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari per la gestione del presente contratto.

In tutti i casi in cui le transazioni finanziarie siano eseguite senza avvalersi di banche o della società Poste Italiane Spa, il presente contratto si intende risolto di diritto.

Se la Società, il subappaltatore o l'intermediario hanno notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria, procedono all'immediata risoluzione del rapporto contrattuale. Questa circostanza deve essere comunicata alla stazione appaltante e alla Prefettura-Ufficio territoriale del Governo competente per territorio.

1.15 Trattamento dei dati

Ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e del Regolamento UE 679/2016 nonché successive modifiche ed integrazioni, ciascuna delle parti (Contraente, Assicurato, Società e Broker) consente il trattamento dei dati personali rilevabili dalla polizza o che ne derivino, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali.

Sezione 2

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Art. 2.1 – Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento delle attività indicate nelle singole categorie alla successiva Sezione 3 "RISCHI ASSICURATI, CATEGORIE E SOMME ASSICURATE".

Art. 2.2 – Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti:

- a. dalla guida di veicoli e natanti a motore, se l'assicurato è privo della prescritta abilitazione, salvo il caso di guida con patente scaduta, a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;
- b. da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- c. da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- d. da guerre o insurrezioni;
- e. da movimenti tellurici, inondazioni o eruzioni vulcaniche;
- f. da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- g. da infarti ed ernie di qualsiasi tipo;
- h. da atti di terrorismo, ma solo come conseguenza dell'utilizzo di armi di distruzione di massa nucleari, chimiche e biologiche.

Art. 2.3 – Limiti di età

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore agli 80 anni.

Tuttavia, per le persone che raggiungono tale età in corso di contratto, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa al compimento di detto termine, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso verranno restituiti al Contraente.

Art. 2.4 – Persone non assicurabili

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo e tossicodipendenza.

Di conseguenza l'assicurazione cessa al manifestarsi di tali affezioni.

Art. 2.5 – Estensione territoriale

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

Art. 2.6 – Assicurazione per conto altrui

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

Art. 2.7 – Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio. Se, al momento dell'infortunio, l'Assicurato non è fisicamente integro e

sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

Art. 2.8 – Morte

L'indennizzo per il caso di morte è dovuto se la morte stessa si verifica – anche se successivamente alla scadenza della polizza – entro due anni dal giorno dell'infortunio. Tale indennizzo viene liquidato ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'assicurato in parti uguali.

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente, ma se entro 2 anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, gli eredi dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso, mentre i beneficiari hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per morte – se superiore – e quello già pagato per invalidità permanente.

Art. 2.9 – Invalidità permanente

L'indennizzo per il caso di invalidità permanente è dovuto se l'invalidità stessa si verifica – anche successivamente alla scadenza della polizza – entro due anni dal giorno dell'infortunio.

L'indennizzo per invalidità permanente parziale è calcolato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, in proporzione al grado d'invalidità accertata secondo i criteri e le percentuali indicate nella tabella di cui all'allegato 1 del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge.

Nei confronti delle persone affette da mancinismo, le percentuali di invalidità previste per l'arto superiore destro e la mano destra, varranno per l'arto superiore sinistro e la mano sinistra e viceversa.

Se la lesione comporta una minorazione anziché la perdita totale, le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella di cui sopra, l'indennizzo è stabilito in riferimento alle percentuali dei casi indicati, tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

La perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale d'invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna lesione, con il massimo del 100%.

Art. 2.10 – Diritto di surrogazione

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 C.C. verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Art. 2.11 – Denuncia dell'infortunio e obblighi relativi

In deroga a quanto disposto dall'art. 1913 C.C., il Contraente/Assicurato, in caso di sinistro, deve darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società, per il tramite del broker, entro 30 giorni da quando l'ufficio addetto alla gestione dei contratti assicurativi del Contraente/Assicurato stesso ne è venuto a conoscenza.

L'inadempimento di tale obbligo può portare alla perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 C.C., unicamente nel caso in cui l'inadempimento sia dovuto a dolo del Contraente/Assicurato.

La denuncia dell'infortunio indicherà luogo, giorno, ora e causa dell'evento e sarà corredata da certificato medico.

Il decorso delle lesioni dovrà essere documentato da ulteriori certificati medici.

L' Assicurato, o in caso di morte, il beneficiario, deve consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari.

Art. 2.12 – Modalità di valutazione del danno – Controversie

In caso di divergenza sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni, sul grado o durata dell'inabilità temporanea e sulla loro entità, le Parti si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato a decidere, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, a un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici. Il Collegio medico risiede presso la sede del Contraente. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da esso designato, contribuendo per metà alle spese e competenze del terzo medico.

Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale.

Sezione 3 - RISCHI ASSICURATI, CATEGORIE E SOMME ASSICURATE

CAT A - DIPENDENTI IN MISSIONE

La garanzia deve intendersi prestata a favore dei dipendenti per gli infortuni subiti durante lo svolgimento delle missioni o di adempimenti di servizio fuori dall'ufficio, qualora sia autorizzato l'utilizzo di veicoli a motore, non intestati al PRA a nome del Contraente, limitatamente al tempo necessario per l'esecuzione delle prestazioni relative.

L'assicurazione garantisce anche gli infortuni alle persone di cui sia stato autorizzato il trasporto.

La copertura inizia dall'effettivo inizio del viaggio, indipendentemente se esso avvenga dal luogo di residenza (anche occasionale) dell'Assicurato stesso o dalla sede di lavoro; la copertura termina al ritorno dell'Assicurato ad una delle predette sedi di partenza. L'assicurazione vale anche per gli infortuni subiti, in caso di fermata del veicolo, durante le operazioni necessarie per la ripresa della marcia. La presente polizza è rivolta alla copertura di lesioni o decesso del conducente addetto alla guida e delle persone di cui sia stato autorizzato il trasporto.

SOMME ASSICURATE (pro capite):

- | | |
|---|--------------|
| • Morte (Art.8 – Sez.2) | € 200.000,00 |
| • Invalidità permanente (Art.9 – Sez.2) | € 250.000,00 |
| • Rimborso spese mediche | € 1.500,00 |

CAT B - CONDUCENTI MEZZI ENTE

Infortuni subiti da conducenti e dalle persone di cui sia autorizzato il trasporto durante il viaggio, per la forzata sosta e la ripresa della marcia per tutti i mezzi di trasporto di proprietà o in uso all'Ente. L'assicurazione vale anche per gli infortuni subiti, in caso di fermata del veicolo, durante le operazioni necessarie per la ripresa della marcia

La presente polizza è rivolta alla copertura di lesioni o decesso del conducente addetto alla guida e delle persone di cui sia stato autorizzato il trasporto.

SOMME ASSICURATE (pro capite):

- | | |
|---|--------------|
| • Morte (Art.8 – Sez.2) | € 200.000,00 |
| • Invalidità permanente (Art.9 – Sez.2) | € 250.000,00 |
| • Rimborso spese mediche | € 2.500,00 |

Sezione 4 - CONDIZIONI PARTICOLARI

Si precisa che sono considerati infortuni anche:

- asfissia non di origine morbosa;
- avvelenamenti o intossicazioni conseguenti ad ingestione o assorbimento di sostanze, o aventi origine traumatica;
- ustioni in genere, nonché il contatto con corrosivi;
- annegamento;
- assideramento o congelamento;
- folgorazione e scariche elettriche in genere;
- colpi di sole o di calore o di freddo;
- lesioni (esclusi gli infarti) determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico.

L'assicurazione vale anche per gli infortuni:

- sofferti in stato di maleore o incoscienza o conseguenti a vertigini;
- derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- derivanti da influenze termiche ed atmosferiche;
- conseguenti a colpi di sonno;
- derivanti da aggressioni in genere;
- derivanti da atti di temerarietà, soltanto se compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa.

A) EVENTI SOCIOPOLITICI

Relativamente ai rischi di cui alla Sez. 3 precedente, l'assicurazione vale anche per gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismo, attentati, atti violenti che abbiano movente politico, economico, sociale e sindacale, purché l'Assicurato provi di non aver preso parte attiva.

B) CALAMITA' NATURALI

Relativamente ai rischi di cui alla Sez. 3 precedente ed a parziale deroga di quanto previsto all'Art. 2 – Esclusioni – della Sez. 2, sono compresi gli infortuni derivanti da calamità naturali e dalle forze della natura quali terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni, straripamenti, mareggiate, frane, grandine e neve.

C) MORTE PRESUNTA

Nel caso di presentazione di istanza per la dichiarazione di morte presunta ai sensi degli artt. 60 e 62 C.C., la Società liquida agli aventi diritto la somma assicurata per il caso di morte, a condizione che:

- siano trascorsi 180 giorni dalla data in cui risale l'ultima notizia dell'Assicurato;
- possa ragionevolmente desumersi che la morte è avvenuta per un evento indennizzabile ai sensi di polizza.

Se successivamente l'Assicurato ritorna o ne è provata l'esistenza, la Società può agire anche nei suoi confronti per il recupero di quanto pagato e degli interessi; l'Assicurato potrà tuttavia far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita.

D) DIABETE

L'assicurazione vale anche per le persone affette da diabete, a condizione che l'infortunio non sia conseguenza diretta del diabete, ed ogni complicazione riferibile al diabete esclusa.

E) ANTICIPO INDENNIZZI

Qualora a seguito di infortunio fosse quantificata un'invalidità permanente di grado superiore al 10%, la Società metterà a disposizione, quale anticipo indennizzo, il 50% dell'importo presumibilmente indennizzabile, con il massimo di € 50.000,00.

F) ESONERO DENUNCIA GENERALITA' DEGLI ASSICURATI

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per l'identificazione di tali persone si farà riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione del Contraente, che la Società ha il diritto di verificare e controllare in qualsiasi momento, insieme ad ogni altro documento probatorio.

G) ESONERO DALL'OBBLIGO DI DENUNCIA DI INFERMITA', MUTILAZIONI O DIFETTI FISICI

Il Contraente è esonerato dalla denuncia di infermità, difetti fisici o mutilazioni di cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire.

In caso di infortunio, resta comunque espressamente confermato il disposto dell'art. 7 – Sezione 2.

H) DEROGA DENUNCIA ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le altre eventuali assicurazioni che i singoli Assicurati avessero in corso o stipulassero in proprio con altre Società.

I) LIQUIDAZIONE DELL'INDENNITA'

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquiderà l'indennità che risulti dovuta, dandone comunicazione agli interessati e al Contraente.

Avuta notizia della loro accettazione, provvederà al pagamento entro 15 giorni dalla sottoscrizione del modulo di liquidazione dalla Società.

Il diritto all'indennità per invalidità permanente è di carattere personale, quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato morisse, dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Società pagherà ai beneficiari l'importo liquidato od offerto.

Inoltre, se dopo il pagamento di una indennità per invalidità permanente ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo l'Assicurato morisse, la Società corrisponderà ai beneficiari la differenza fra l'indennità pagata ed il capitale assicurato per il caso di morte ove questa fosse superiore e non chiederà il rimborso nel caso contrario.

J) REGOLAZIONE PREMIO

Il premio, convenuto in base ad elementi di rischio variabili, viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza – da considerarsi minimo comunque acquisito – ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo e della minore durata del contratto, secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio.

A tale scopo, entro 120 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o della minore durata del contratto, il Contraente/Assicurato deve fornire per iscritto alla Società i dati necessari per la regolazione del premio e cioè: i chilometri complessivamente percorsi dai dipendenti in missione (CAT. A) ed il numero dei veicoli dell'Ente (CAT. B) nel periodo di riferimento.

Le differenze attive risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei 60 giorni dalla ricezione da parte del Contraente della relativa appendice di regolazione, formalmente ritenuta corretta.

In caso di mancata comunicazione dei dati di regolazione o di mancato pagamento del premio di conguaglio, la Società fissa un ulteriore termine non inferiore a 30 giorni dandone comunicazione scritta a mezzo lettera raccomandata; le garanzie si intenderanno sospese a decorrere dal trentesimo giorno dalla ricezione della stessa.

Se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo di sospensione delle garanzie. La Società ha il diritto di effettuare in qualsiasi momento verifiche e controlli per i quali il Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e la documentazione necessaria.

K) DANNI ESTETICI

Si conviene che in caso di infortunio non escluso dalle Condizioni della presente polizza, che produca conseguenze di carattere estetico al viso, ma che non comporti indennizzo a titolo di invalidità permanente, la Società rimborserà comunque le spese documentate sostenute dall'Assicurato per cure ed applicazioni effettuate alio scopo di ridurre od eliminare il danno estetico, nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica, il tutto entro il limite di € 7.500,00.=per evento.

L) RISCHIO GUERRA

A parziale deroga del disposto dall' Art. 2 – Esclusioni – della Sez. 2 la garanzia viene estesa agli infortuni avvenuti all'estero (escluso comunque il territorio della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino) derivanti da stato di guerra civile, guerra, invasione, atti nemici, ostilità (sia che la guerra sia dichiarata e no), per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di eventi bellici mentre si trova all'estero.

M) RIMBORSO SPESE SANITARIE

Se l'Assicurato in conseguenza di infortunio fa ricorso a prestazioni sanitarie, la Società rimborsa, fino alla concorrenza del massimale previsto per anno assicurativo, o per il minor periodo di validità pattuito, le spese sostenute per:

- accertamenti diagnostici e medico legali (esclusi quelli previsti alla norma "controversie");
- visite mediche e specialistiche;
- acquisto medicinali;
- onorari del chirurgo e di ogni altro componente l'equipe operatoria, diritti di sala operatoria, materiale d'intervento;
- apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento chirurgico o, limitatamente alle specifiche previsioni delle singole schede tecniche di polizza, danneggiati in conseguenza di infortunio indennizzabile;
- rette di degenza;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- trasporto dell'Assicurato con qualsiasi mezzo;
- pronto soccorso, anche se non consumate in ospedale o clinica.

Sezione 4 - SCHEDA DI POLIZZA

Costituente parte integrante della polizza infortuni n°

Contraente: Lazio Innova Spa
Via Marco Aurelio, 26 /A
00184 Roma
C.F./PI 05950941004

Durata del contratto: anni 3, con
Effetto dal: 31/12/2025
Scadenza il: 31/12/2028
Prima quietanza 31/12/2026
frazionamento: Annuale

Categorie, Premi e tassi di premio:

Categoria A		Preventivo percorrenza veicoli propri	Premio unitario annuo lordo	Premio annuo complessivo lordo
A	Personale dipendente in missione	Km 39.000	€ per km	
SUB TOTALE categoria A				
Categoria B		Preventivo veicoli	Premio unitario annuo lordo	Premio annuo complessivo lordo
B	Veicoli di proprietà / uso contraente	n. 1	€..... per ogni veicolo	
SUB TOTALE CATEGORIA B				

TOTALE COMPLESSIVO ANNUO LORDO (CATEGORIA A + CATEGORIA B)	
---	--

Scomposizione del premio lordo di polizza:

Premio annuo imponibile	€
Imposte	€
TOTALE	€

IL CONTRAENTE

LA SOCIETA'