

AGENZIA DELLE DOGANE E DEI MONOPOLI
- Via Mario Carucci, 71 - 00143 Roma



**AGENZIA
DOGANE
MONOPOLI**



CAPITOLATO INFORTUNI

BROKERITALY
*Insurance
& Reinsurance*

Direzione Generale
00187 Roma – Via Aureliana, 53
Tel +39 0658333396 – Fax +39 0658157933
e-mail: info@brokeritaly.com

Indice		
Definizioni		Pag. 4
Definizioni di settore		Pag. 5
Condizioni Generali di Assicurazione		
Art. 1	Prova del contratto	Pag. 6
Art. 2	Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio	Pag. 6
Art. 3	Pagamento del premio e decorrenza della garanzia	Pag. 6
Art. 4	Aggravamento del rischio	Pag. 6
Art. 5	Diminuzione del rischio	Pag. 6
Art. 6	Buona fede	Pag. 6
Art. 7	Durata del contratto	Pag. 7
Art. 8	Oneri fiscali	Pag. 7
Art. 9	Foro competente	Pag. 7
Art. 10	Rinvio alle norme di legge – interpretazione del contratto	Pag. 7
Art. 11	Partecipazione delle Società – Associazione temporanea di imprese	Pag. 7
Art. 12	Assicurazioni presso diversi assicuratori	Pag. 7
Art. 13	Clausola broker	Pag. 8
Art. 14	Obbligo di fornire i dati dell’andamento del rischio	Pag. 8
Art. 15	Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società	Pag. 8
Art. 16	Elementi per il calcolo del premio	Pag. 9
Art. 17	Regolazione e conguaglio del premio	Pag. 9
Art. 18	Tracciabilità dei flussi finanziari	Pag. 9
Art. 19	Disposizione finale - Validità esclusiva delle norme dattiloscritte	Pag. 10
Condizioni Speciali di Assicurazione		
Art. 20	Estensione territoriale	Pag. 11
Art. 21	Facoltà di recesso della Società	Pag. 11
Art. 22	Facoltà di recesso del Contraente	Pag. 11
Norme che regolano l’assicurazione Infortuni		
Art. 23	Soggetti assicurati	Pag. 12
Art. 24	Oggetto dell’assicurazione	Pag. 12
Art. 25	Efficacia della copertura assicurativa	Pag. 12
Art. 26	Estensioni della copertura	Pag. 12
Art. 27	Estensioni della copertura – ulteriori precisazioni	Pag. 13
Art. 28	Somme assicurate	Pag. 13
Art. 29	Assicurabilità	Pag. 14
Art. 30	Liquidazione del danno	Pag. 14
Art. 31	Modalità per la liquidazione dell’indennità	Pag. 15
Art. 32	Esclusioni	Pag. 16
Norme che regolano la gestione sinistri		
Art. 33	Controversie sulla definizione del danno - Collegio medico	Pag. 17
Art. 34	Denuncia dei sinistri – Obblighi dell’Assicurato in caso di sinistro	Pag. 17
Art. 35	Obblighi della Società in caso di sinistro	Pag. 17
Art. 36	Rinuncia alla rivalsa	Pag. 18
Art. 37	Esonero denuncia di infermità e difetti	Pag. 18
Art. 38	Penali	Pag. 18
Art. 39	Misure restrittive (Sanctions Limitations Exclusion Clause)	Pag. 18
Art. 40	Accettazione	Pag. 18
Art. 41	Consenso al trattamento dei dati personali	Pag. 18
Art. 42	Conteggio del premio	Pag. 19

Definizioni

Il soggetto che stipula l'assicurazione riportato nel frontespizio della presente polizza.

ASSICURATO: Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

SOCIETA': L'Impresa assicuratrice.

ASSICURAZIONE: Il contratto di assicurazione.

ATTIVITA': Quella svolta per statuto, per legge, per regolamenti o delibere, compresi i provvedimenti emanati dai propri organi. Eventuali variazioni che interverranno saranno automaticamente recepite. La definizione comprende anche tutte le attività accessorie, complementari, connesse e collegate, preliminari e conseguenti all'attività principale, ovunque e comunque svolte, anche avvalendosi di strutture di terzi, e/o affidando a terzi l'utilizzo di propri strutture.

BROKER: Brokeritaly Consulting srl (di seguito denominata Broker).

**INDENNIZZO/
RISARCIMENTO:** La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

DANNO LIQUIDABILE: Danno determinato in base alle condizioni tutte della presente polizza, senza tenere conto di eventuali detrazioni (scoperti e franchigie) e limiti di indennizzo.

POLIZZA: Il documento contrattuale che prova e regola l'assicurazione.

PREMIO: La somma, comprensiva di imposte, dovuta dalla Contraente alla Società per la copertura assicurativa.

RISCHIO: La probabilità del verificarsi del sinistro.

SCOPERTO: La percentuale del danno indennizzabile a termini di polizza che resta a carico dell'Assicurato.

FRANCHIGIA: La parte prestabilita del danno indennizzabile a termini di polizza, espressa in cifre, che resta a carico dell'Assicurato.

SINISTRO: Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'Assicurazione.

La Società

Il Contraente

Definizioni di settore

INFORTUNIO:	Evento dovuto a causa violenta, fortuita ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.
INVALIDITA' PERMANENTE:	La perdita della generica capacità ad attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione esercitata (invalidità totale), o la riduzione irrimediabile e definitiva della capacità ad attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo (invalidità parziale).
MEZZO DI TRASPORTO "IN USO":	Autoveicoli, motoveicoli targati, non di proprietà del 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.
OSPEDALE, CLINICA, CASA O ISTITUTO DI CURA:	La struttura autorizzata, in base alla normativa vigente, al ricovero di pazienti e/o alla assistenza sanitaria con degenza diurna; non rientrano in questa definizione le strutture termali, di convalescenza, di soggiorno, per le attività diverse da quelle di ricovero e/o di assistenza sanitaria.

La Società

IL Contraente

Condizioni Generali di Assicurazione

Art. 1 - Prova del contratto

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 della Società che concede la copertura assicurativa.

Art. 2 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio non comporteranno la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile, salvo il caso di dolo della stessa.

Art. 3 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

Il Contraente, anche in deroga all'art.1901 del Codice Civile, pagherà alla Società:

- entro 60 giorni dalla decorrenza, la prima rata del premio convenuto per il primo periodo assicurativo;
- entro 60 giorni da ciascuna data di scadenza annuale, il premio riferito al periodo assicurativo incorso;
- entro 60 giorni dalla presentazione delle appendici, l'eventuale regolazione e/o aggiornamentopremio;

Trascorsi i termini sopra indicati, l'assicurazione resta sospesa e riprende la sua efficacia soltanto dalle ore 24 del giorno dalla trasmissione dell'ordinativo di pagamento (ordinativo inviato alla Tesoreria - Banca d'Italia), ferme restando le scadenze contrattuali stabilite.

Art. 4 - Aggravamento del rischio

La Società accetta di ritenere in garanzia le coperture di cui al presente contratto nel caso in cui si siano verificati aggravamenti del rischio di cui all'art. 1898 Codice Civile, rinunciando quindi ad avvalersi della facoltà di recesso prevista dal citato articolo e riservandosi in ogni caso di definire in contraddittorio con il Contraente conseguente incremento di premio.

Art. 5 - Diminuzione del rischio

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

Art. 6 - Buona fede

L'omissione da parte del Contraente di una circostanza eventualmente aggravante il rischio ovvero le inesatte e/o incomplete dichiarazioni del Contraente all'atto della stipulazione del contratto o nel 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).

Resta inteso che il Contraente avrà l'obbligo di corrispondere alla Società il maggior premio proporzionalmente al maggior rischio che ne deriva, con decorrenza dal momento in cui la circostanza aggravante si è verificata.

In tal caso la Società dovrà immediatamente notificare tali circostanze al Contraente ed effettuare, in contraddittorio con questa, le necessarie valutazioni al fine di rideterminare il livello di rischio e l'incremento del premio.

Art. 7 - Durata del contratto

Il contratto ha la durata triennale dalle h. 24.00 del 31/12/2020 alle h. 24.00 del 31/12/2023, con scadenza della prima annualità assicurativa alle h. 24.00 del 31/12/2021

Art. 8 - Oneri fiscali

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

Art. 9 - Foro competente

Foro competente è esclusivamente quello di Roma.

Art.10 - Rinvio alle norme di legge - interpretazione del contratto

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

In caso di discordanza o di più interpretazioni attribuibili ad una medesima disposizione, prevarrà quella più estensiva o maggiormente favorevole all'Assicurato e/o Contraente.

Art. 11 – Partecipazione delle Società – Associazione temporanea di imprese (operante se del caso)

Il servizio assicurativo di cui alla presente polizza è effettuato dalle Società assicuratrici componenti l'Associazione Temporanea di Imprese:

⇒ Società mandataria

⇒ Società mandante

⇒ Società mandante

Il termine "Società" indica quindi tutte e ciascuna delle Compagnie assicuratrici costituenti l'Associazione Temporanea di Imprese.

La Società mandante riconosce come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti compiuti dalla Società mandataria per conto comune.

Le Società convengono che l'incasso dei premi di polizza avverrà per il tramite della mandataria, che provvederà a corrisponderlo a ciascuna Società secondo le rispettive quote percentuali di partecipazione all'Associazione Temporanea di Imprese:

⇒ Società ... Quotaxx%

⇒ Società ... Quotaxx%

⇒ Società ... Quotaxx%

Art. 12 - Assicurazioni presso diversi assicuratori

L'Assicurato e il Contraente a sono esonerati dalla comunicazione preventiva alla Società dell'esistenza o della successiva stipula di altre assicurazioni per lo stesso rischio, tanto stipulate dal Contraente a stessa che dai singoli Assicurati.

In caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri ai sensi dell'art. 1910 Cod. Civ.

Art. 13 - Clausola broker

Ad ogni effetto di legge, le Parti contraenti riconoscono alla Brokeritaly Consulting srl - Sede legale Via Aureliana 53 – 00187 Roma - C.F./P. IVA 11572181003 Registro Unico Intermediari: [B000398343](#) il ruolo di cui al D. Lgs. N. 209/2005, relativamente alla conclusione ed alla gestione della presente assicurazione e per tutto il tempo della durata, incluse proroghe, rinnovi, riforme o sostituzioni. In conseguenza di quanto sopra si conviene espressamente:

- che il Broker, nell'ambito della normativa richiamata, sia responsabile della rispondenza formale e giuridica dei documenti contrattuali nonché della legittimità della sottoscrizione degli stessi da parte della Società;
- di riconoscere che tutte le comunicazioni che, per legge o per contratto, il Contraente/Assicurato è tenuto a fare alla Società, si intendono valide ed efficaci anche se notificate al Broker;
- che il pagamento dei premi dovuti alla Società, per qualsiasi motivo relativo alla presente assicurazione, venga effettuato dal Contraente al Broker. Il pagamento così effettuato ha effetto liberatorio per il contraente ai sensi dell'art. 1901 C.C. La Società delegataria o ogni eventuale società coassicuratrice, delegano quindi esplicitamente il broker, all'incasso del premio, in ottemperanza al comma 2 dell'art. 118 Dlgs 209/2005 e con gli effetti per la contraente previsti al primo comma del medesimo articolo;
- che le somme incassate dal broker vengano da questi rimesse agli assicuratori secondo gli accordi vigenti o, in mancanza, entro il giorno dieci del mese successivo a quello di incasso. All'uopo il broker trasmetterà alla/e Società distinta contabile riepilogativa della disposizione effettuata. Il presente comma è efficace qualora broker e Società non abbiano convenuto diversa regolamentazione dei rapporti.
- La Società assicurativa riconosce che la provvigione del Broker è a proprio carico. Il Broker tratterà all'atto della rimessa dei premi alla Società le commissioni di spettanza nella misura del dieci per cento sul premio imponibile
- che le variazioni alla presente assicurazione richieste dalla contraente al broker, in forma scritta, siano immediatamente efficaci quando accettate dalla Società. Qualora le stesse comportino il versamento di un premio aggiuntivo, i termini di effetto sono subordinati alla disciplina dell'art. "Pagamento del premio";
- che l'opera del Broker, unico intermediario nei rapporti con le Compagnie di Assicurazione, verrà remunerata dalle Compagnie con le quali verranno stipulati, modificati, e/o prorogati i contratti. La remunerazione del Broker non dovrà in ogni caso rappresentare un costo aggiuntivo per il Contraente, e andrà dalla Società assorbita nella componente di costo altrimenti identificata nel premio, per gli oneri di distribuzione e produzione; la stessa verrà trattenuta dal Broker sulle rimesse premi di assicurazione all'atto della loro rendicontazione;
- che la gestione dei sinistri, fino a che non diventino vertenze legali, venga curata per conto del Contraente/Assicurato dal Broker;
- che il broker ha ottemperato agli obblighi assicurativi di Legge di cui all'art. 112, comma 3 del Dlgs 209/2005 e si impegna a produrre copia della vigente polizza a semplice richiesta scritta della/e Società in qualunque momento del rapporto.
- Il presente articolo sarà privo di efficacia dal momento in cui dovesse venire a mancare l'obbligatoria iscrizione del broker al RUI, istituito presso l'ISVAP con provvedimento n° 5 del 16/10/2006.

Art. 14 - Obbligo di fornire i dati dell'andamento del rischio

Con periodicità semestrale, la Società si impegna a fornire al Contraente, tramite Broker, entro il termine di 10 (dieci) giorni dalla scadenza del semestre, i dati afferenti l'andamento del rischio; il predetto termine è elevato a 60 giorni per la scadenza definitiva del contratto. In particolare la Società fornirà il rapporto sinistri/premi riferito all'anno in questione, sia in via aggregata che disaggregata, onde consentire al Contraente di predisporre, con cognizione, le basi d'asta ed alle Imprese offerenti, in ipotesi di gara, di effettuare le proprie offerte su dati tecnici personalizzati.

La statistica sinistri dovrà essere così suddivisa:

- a) sinistri denunciati con indicazione:
data di aperturasinistro;
N° repertorio assegnato dalla Società;
- b) sinistri aperti con riserva (con indicazione dell'importo ariserva);
- c) sinistri liquidati (con indicazione della data e dell'importoliquidato);
- d) sinistri respinti (con indicazione della data e dellamotivazione).

In ogni caso la Società si impegna a fornire i dati afferenti all'andamento del rischio entro 10 (dieci) giorni

dall'eventuale richiesta effettuata dal Contraente e/o dal Broker.

Rimane fermo l'obbligo della Società di fornire tali dati anche dopo la scadenza definitiva del contratto e fino al termine della chiusura definitiva dei sinistri denunciati.

In caso di mancato rispetto dei termini temporali di cui al presente articolo, si applicheranno le penali previste all'art. 38 – Penali.

Art. 15 - Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società

Tutte le comunicazioni riguardanti il contratto – che dovranno essere necessariamente inviate a mezzo posta raccomandata, telefax, 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 (adeccezione della comunicazione di disdetta/recesso del contratto stesso che dovrà essere effettuata esclusivamente dalle parti con lettera raccomandata A.R.).

Art. 16 - Elementi per il calcolo del premio

Il premio viene anticipato in base all'applicazione dei tassi, che rimangono fissi per tutta la durata del contratto, da applicarsi sui parametri, espressamente indicati nell'Allegato "Dichiarazione di offerta" economica; il calcolo del premio di regolazione, se dovuto, verrà effettuato utilizzando i tassi indicati nell'Allegato "Dichiarazione di offerta economica".

Art. 17 - Regolazione e conguaglio del premio

Se il premio viene anticipato, in via provvisoria, lo stesso sarà regolato alla fine del periodo assicurativo annuo, secondo le variazioni intervenute, durante lo stesso periodo, tra gli elementi presi come base per il calcolo del premio:

- la percorrenza chilometrica complessiva dei mezzi di trasporto "in uso" utilizzati dai dipendenti del Contraente autorizzati a servirsi di un veicolo per l'esecuzione di prestazioni diservizio;
- il numero dei veicoli in attività e di proprietà del Contraente.

A tale scopo, entro 90 giorni dalla fine dell'anno assicurativo, del Contraente deve fornire, per iscritto, i dati necessari per la regolazione del premio alla Società (per il tramite del Broker), che provvederà ad emettere ed a recapitare al Broker la relativa appendice contrattuale.

Le differenze, attive o passive risultanti dalla regolazione, devono essere pagate entro 60 giorni dalla data di ricezione del relativo documento di regolazione emesso dalla Società e ritenuto corretto.

Se nel termine di scadenza di cui sopra, il Contraente non fa luogo alle anzidette comunicazioni circa la regolazione del premio, oppure non paga la differenza attiva del premio dovuto nei termini indicati, la Società fisserà un ulteriore termine di 60 giorni, dandone comunicazione alla stessa a mezzo lettera raccomandata. Trascorso detto termine, la garanzia resterà sospesa, fermo l'obbligo del Contraente di provvedere al pagamento del premio dovuto per effetto della regolazione.

La Società ha il diritto di effettuare verifiche e controlli e a tal fine del Contraente è tenuta a fornire i chiarimenti e la documentazione necessari.

Art. 18 - Tracciabilità dei flussi finanziari

La Società assicuratrice, la Società di brokeraggio assicurativo, nonché ogni altra Impresa a qualsiasi titolo interessata al presente contratto (cd filiera) , sono impegnate a 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 presente contratto, unitamente alle generalità e al codice fiscale dei soggetti abilitati ad operare su tali conti correnti.

Tutte le movimentazioni finanziarie di cui al presente contratto dovranno avvenire – salve le deroghe

previste dalla normativa sopra citata - tramite bonifico bancario o postale (Poste Italiane SpA) e riportare, relativamente a ciascuna transazione, il Codice Identificativo di Gara (CIG) o, qualora previsto, il Codice Unico di Progetto (CUP) comunicati 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 cc e dell'art. 3, c. 8 della Legge.

Art. 19 - Disposizione finale - Validità esclusiva delle norme dattiloscritte

Rimane convenuto che si intendono operanti le presenti norme dattiloscritte. La firma apposta dall'Agenzia su modelli a stampa forniti dalla Società Assicuratrice vale solo quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio tra le Società partecipanti all'Associazione temporanea di imprese (se esistente).

La Società

Il Contraente

Condizioni Speciali di Assicurazione

Art. 20 - Estensione territoriale

La garanzia è operante nel mondo intero.

Art. 21 – Facoltà di recesso della Società

Avvenuto un sinistro e sino al 30' giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società può recedere dal contratto previa comunicazione all'Agenzia con lettera raccomandata A.R..

In tale caso la copertura assicurativa rimarrà efficace per ulteriori 180 (centoottanta) giorni dal ricevimento dell'avviso di recesso (o per una minor durata, secondo quanto verrà eventualmente richiesto dalla Agenzia).

Nei 30 giorni successivi al termine di tale periodo la Società rimborserà all'Agenzia il rateo di premio per il periodo non fruito, al netto delle imposte.

Qualora invece il contratto abbia una scadenza intermedia (di rata o anniversaria) cadente nel periodo di copertura successivo al ricevimento dell'avviso di recesso, o esso pervenga all'Agenzia nel periodo di mora concesso per il pagamento del premio di rata, la Società emetterà una appendice, sostitutiva di quietanza, riportante l'importo di premio che l'Agenzia dovrà corrispondere (nei termini di cui all'Art. 3 Pagamento del premio che precede) per il periodo corrente dalla data di scadenza intermedia fino alla data di termine della prosecuzione della copertura assicurativa, calcolato in misura pari a 1/365 del premio annuale per ogni giorno di copertura.

La società si riserva inoltre la facoltà di recedere dall'assicurazione, annualmente, con un preavviso minimo di 60 giorni rispetto alla scadenza anniversaria, da notificarsi, a mezzo lettera raccomandata con avviso di ricevimento, al Contraente e al Broker. Nell'ipotesi in cui la Società si avvalga della facoltà di recesso di cui al presente articolo, Il Contraente richiedere e la Società sarà tenuta ad accettare, una proroga della polizza fino ad un massimo di 180 giorni ed alle medesime condizioni normative ed economiche in corso al fine di predisporre la gara per la nuova aggiudicazione del servizio.

In tal caso, il premio di proroga sarà conteggiato in pro-rata (1/365) per ogni giorno di copertura.

Art. 22 – Facoltà di recesso del Contraente

Nel caso in cui la Società si rendesse inadempiente agli obblighi inerenti l'esecuzione del servizio di assicurazione discendenti dal contratto, Il Contraente ha la facoltà di recedere unilateralmente in qualsiasi momento, manifestando tale volontà mediante lettera raccomandata indirizzata alla Società ed al Broker.

Il recesso avrà effetto dal trentesimo giorno successivo alla ricezione da parte della Società, della raccomandata con la quale il Contraente ha manifestato la volontà di recesso unilaterale.

Nell'ipotesi in cui il recesso unilaterale fosse esercitato dal Contraente nel corso dell'annualità assicurativa, la Società provvederà, per il periodo di rischio non corso, al rimborso della parte di premio netto pagato e non goduto.

La Società

Il Contraente

Norme che regolano l'assicurazione Infortuni

Art. 23 – Soggetti assicurati

L'assicurazione è prestata per gli infortuni occorsi a

- 1) Dipendenti del Contraente
 - a) Autisti alla guida di veicoli e/o natanti di proprietà o in uso a qualunque titolo all'Agenziastessa;
 - b) in missione all' Estero
- 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 dell'Agenzia medesima ed a cui, se non diversamente disciplinato, si intenderà applicabile in via analogica la normativa prevista per iDipendenti.

La garanzia si intende estesa anche

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

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

Art. 24 – 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. 25 – Efficacia della copertura assicurativa

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

- a. di cui al punto 1.a dell'Art. 23: in occasione della guida di veicoli/natanti di proprietà o in uso a qualunque titolo all'Agenziastessa.
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.
- b. di cui al punto 1.b dell'Art. 23: La garanzia deve intendersi prestata (H24) per gli infortuni subiti durante lo svolgimento della missione all' Estero .La copertura inizia dall'effettivo inizio del viaggio, indipendentemente se esso avvenga dal luogo di residenza dell'assicurato o dalla sede di lavoro; la copertura termina al ritorno dell'Assicurato ad una delle predette sedi di partenza.

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. 26 – Estensioni della copertura

Ai sensi della presente 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;
- infezioni o avvelenamenti da morsi o punture in genere;
- intossicazione anche non avente origine traumatica;
- lesioni da contatto con sostanze corrosive;

- i colpi di sole o di calore;
- le lesioni muscolari (esclusi gli infarti);
- conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche o di altre cure rese necessarie dall'incidento;
- danni estetici conseguenti all'incidento.

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

L'assicurazione comprende inoltre a titolo esemplificativo e non limitativo - gli incidenti conseguenti a o derivanti da:

- stato di malore o incoscienza;
- imperizia, imprudenza, negligenza o colpa grave;
- incidenti subiti in occasione di movimenti tellurici, maremoti, eruzioni vulcaniche, alluvioni, frane, valanghe e slavine; solo per il punto in parola, nel caso di incidente che riguardi contemporaneamente più persone assicurate in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo a carico della Società non potrà superare l'importo di € 5.000.000,00 (cinquemilioni/00) per anno assicurativo; superando questo limite, le indennità spettanti verranno proporzionalmente ridotte;
- incidenti subiti in occasione di tumulti popolari, atti di terrorismo, scioperi, sommosse, sabotaggio, attentati, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- stati di guerra (dichiarata o non dichiarata) per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero in un Paese sino ad allora non in stato di guerra.

Art. 27 – Estensioni della copertura – ulteriori precisazioni

A specificazione di quanto disposto dal precedente Art. 26 "Estensioni della copertura", si conviene che l'assicurazione comprende, limitatamente ai casi di Invalidità Permanente, le ernie da causa violenta, con l'intesa che:

- nel caso di ernia addominale operata o operabile viene riconosciuto l'indennizzo per il solo caso di Inabilità Temporanea fino ad un massimo di 30 giorni;
- 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;
- qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio medico, di cui all'Art. 33 (Controversie sulla definizione del danno - Collegio medico).

Art. 28 – Somme assicurate

Le somme assicurate pro capite, per la presente Sezione, sono le seguenti:

Caso Morte	Euro 200.000,00
Caso Invalidità Permanente	Euro 200.000,00
Rimborso Spese Mediche	Euro 30.000,00

Art. 29 - 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.

L'assicurazione non vale, inoltre, per le persone di età maggiore di 75 anni.

Art. 30 - Liquidazione del danno

1. In caso di infortunio mortale la Società liquiderà ai beneficiari (specificati dall'assicurato o, in mancanza, ai suoi eredi legittimi e/o testamentari) un importo pari a quello indicato nella scheda di conteggio del premio. In caso di morte presunta dell'assicurato, l'importo verrà liquidato dopo che siano trascorsi sei mesi dalla avvenuta presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta ai sensi degli artt. 60 e 62 C.C., e ciò anche se il corpo dell'assicurato non è stato ritrovato ma si presume che il decesso sia avvenuto a seguito di infortunio; qualora la Società abbia pagato l'indennità dovuta e dopo ciò risulti che l'assicurato sia vivo, la stessa avrà diritto alla restituzione della somma liquidata ed a restituzione avvenuta l'assicurato potrà far valere i propri diritti nel caso di invalidità permanente.

Qualora il decesso avvenga in una località diversa da quella della sede di lavoro o della residenza dell'Assicurato, la Società 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.

2. In caso di infortunio che abbia per conseguenza una invalidità permanente, la determinazione dell'indennità avverrà:

a) valutando il grado di invalidità tramite accertamenti medici e sulla base delle tabelle e dei criteri di valutazione di cui al DPR n. 1124/65 es.m.i.;

b) determinando e liquidando l'indennità in misura pari:

1. all'importo indicato nella scheda di conteggio del premio, qualora l'evento abbia per conseguenza una invalidità permanente assoluta,
2. all'importo ottenuto applicando il grado di invalidità accertato all'importo spettante per il caso di invalidità permanente assoluta, qualora l'evento abbia per conseguenza una invalidità permanente parziale.

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive 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 casi di preesistente mutilazione o difetto fisico, l'indennizzo per invalidità permanente è liquidato per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra.

La Società, qualora abbia liquidato o comunque offerto in misura determinata l'indennizzo per la invalidità permanente da infortunio e l'assicurato sia deceduto entro due anni dall'evento, ed in conseguenza di questo, pagherà agli aventi diritto, secondo le norme della successione legittima o testamentaria, la differenza tra questo e l'indennizzo determinato per il caso di morte, se superiore, e nulla richiedendo in caso contrario.

3. In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, la Società rimborsa, fino alla concorrenza del massimale assicurato (Euro 30.000,00), le spese di carattere sanitario direttamente conseguenti e sostenute:

- 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, massoterapia;
- 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'infortuno denunciato;
- i) per cure termali effettuate nei 90 giorni successivi all'infortuno denunciato;
- j) per trasporto dell'infortunato con qualsiasi mezzo dal luogo dell'infortuno 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'infortuno, la Società 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.

La Società effettuerà i rimborsi, previa presentazione dei documenti giustificativi di spesa in originale, a cura ultimata.

Nel caso di Invalidità Permanente causata da infortuno che determini la cessazione del rapporto di lavoro, la Società corrisponderà un indennizzo in misura pari alla somma assicurata per il caso di invalidità permanente assoluta.

In caso di infortuno sofferto contemporaneamente da più Assicurati a causa del medesimo evento, il limite massimo di indennizzo a carico della Società non potrà essere superiore a euro 7.500.000,00 (settemilioncinquecentomila/00).

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

Art. 31 - Modalità per la liquidazione dell'indennità

La Società, ricevuto il certificato medico di guarigione o l'atto di morte, provvederà al pagamento delle indennità entro 60 giorni dal ricevimento di tali documenti.

La Società effettua il rimborso delle spese mediche di cui al punto 3. dell'Art. 30 "Liquidazione del danno" a cura ultimata e previa presentazione dei documenti giustificativi di spesa in originale.

Qualora l'infortuno indennizzabile ai sensi di polizza comporti una invalidità permanente di grado superiore al 20% (venti per cento), la Società 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 della Società, della certificazione medica da cui risulti l'entità presunta dell'invalidità.

Art. 32 - Esclusioni

Sono esclusi dalla presente assicurazione gli infortuni derivanti:

- da guerra e/o insurrezioni, ad eccezione di quanto previsto dall'Art. 26 "Estensioni della Copertura";
- atti di terrorismo posti in essere tramite l'uso di sostanze nucleari, biologiche, batteriologiche o chimiche;
- 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 onatante;
- da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio.

La Società

Il Contraente

Art. 33 - Controversie sulla definizione del danno - Collegio medico

La determinazione della natura del sinistro e la valutazione delle conseguenze dannose derivanti dal sinistro sono effettuate dalla Società e dall'Assicurato.

In caso di divergenze sulla natura e sulle conseguenze delle lesioni o sul grado di invalidità permanente, l'Assicurato e la Società si obbligano a conferire mandato, con scrittura privata, ad un Collegio di tre medici, di decidere a norma e nei limiti delle Condizioni 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 essere avanzata dall'Assicurato o dagli aventi diritto, per iscritto, con l'indicazione del nominativo del medico designato. A seguito della richiesta la Società comunica all'Assicurato il nominativo del medico dalla stessa designato. Il terzo medico viene scelto dalla Società e dall'Assicurato tra una terna di medici indicata dai primi due; in caso di disaccordo, alla designazione provvede il Segretario dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo in cui deve riunirsi il Collegio Medico. Nominato il terzo medico, la Società convoca il Collegio nel capoluogo di Regione, sede del Contraente cui fa capo l'Ufficio di appartenenza del dipendente/Assicurato, invitando quest'ultimo a presentarsi.

La Società e l'Assicurato provvedono alle rispettive spese sostenute ed alla remunerazione delle spese e competenze dei medici rispettivamente designati, contribuendo ognuno per la metà alle spese e competenze del terzo medico.

La decisione del Collegio Medico è obbligatoria anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale; l'eventuale rifiuto dovrà essere verbalizzato nella relazione medica conclusiva.

Art. 34 – Denuncia dei sinistri – Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro

A parziale deroga dell'art. 1913 Codice Civile, in caso di sinistro, l'Assicurato, per il tramite del Contraente e del Broker, deve darne avviso alla Società, entro 30 (trenta) giorni lavorativi dall'avvenuta conoscenza.

La denuncia deve contenere la narrazione del fatto, l'indicazione delle conseguenze, il nominativo, il domicilio degli infortunati e di eventuali testimoni ed i relativi recapiti telefonici, la data, il luogo, le cause del sinistro.

Deve essere corredata dalla fotocopia della pagina del registro da cui risultino i dati relativi alla missione o altra documentazione equivalente e l'autorizzazione all'esecuzione della missione o della verifica o all'espletamento di prestazione di servizio fuori ufficio.

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

Art. 35 – Obblighi della Società in caso di sinistro

La Società deve:

- comunicare al Contraente e all'Assicurato, per il tramite del 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, entro 10 giorni lavorativi dalla ricezione della denuncia del sinistro;
- comunicare la proposta di indennizzo all'Assicurato ed al Contraente, per il tramite del Broker, entro 30 giorni lavorativi dalla ricezione della comunicazione e/o dalla ricezione dell'eventuale ulteriore documentazione richiesta ovvero entro 45 giorni dalla visita medico legale, se ritenuta necessaria da parte della Società;

- liquidare il danno all'avente diritto e trasmettere copia della quietanza di pagamento, dandone comunicazione al Contraente , entro 20 giorni lavorativaldall'accettazione.

In caso di mancato rispetto dei termini di pagamento dell'indennizzo, si applicheranno le penali di cui al successivo art. 38 – Penali.

Art. 36 - Rinuncia alla rivalsa

La Società, a deroga di quanto disposto dell'art. 1916 Codice Civile, rinuncia al diritto di surroga nei confronti dei responsabili degli eventualisinistri.

Art. 37 - Esonero denuncia di infermità edifetti

Si dà atto che il Contraente è esonerato dalla denuncia di difetti, infermità o mutilazioni di cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione del contratto o che dovessero in seguito sopravvenire.

Art. 38 – Penali

In caso di mancato rispetto dei termini di pagamento dell'indennizzo di cui all'art. 35 terzo comma che precede, la Società è tenuta a pagare al Contraente, a titolo di penale, ai sensi dell'art. 1382 C.C. e fermo il diritto al risarcimento di ogni ulteriore danno conseguente al pregiudizio subito, un importo pari allo 0,3 per mille dell'ammontare netto contrattuale per ogni giorno di ritardo. Tale penale si applicherà anche qualora la Società non adempia agli obblighi di fornire i dati dell'andamento del rischio di cui all'14.

Art. 39 – Misure restrittive (Sanctions Limitations Exclusion Clause)

Nessun assicuratore è tenuto a fornire la copertura, e nessun assicuratore è tenuto a prestare beneficio conseguente o a pagare alcuna pretesa, nella misura in cui la fornitura di tale copertura, la prestazione di tali benefici o il pagamento di tale pretesa possa esporre l'assicuratore stesso a qualsivoglia sanzione, divieto o restrizione ai sensi delle risoluzioni delle Nazioni Unite ovvero sanzioni economiche o commerciali, legislative o regolamentari dell'Unione Europea, dell'Area Economica Europea e/o di qualunque altra legge nazionale applicabile in materia di sanzioni economiche o commerciali e/o embargo internazionale.

Art. 40 – Accettazione

La Società, autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento ISVAP (ora IVASS) o D.M. n. del pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale (o suo supplemento n.) n.del, dichiara di aver esaminato in ogni sua parte il bando di gara ed il presente capitolato e quant'altro ad esso allegato e di conseguenza di accettare, senza riserva alcuna, i termini, le modalità e le prescrizioni in essi contenute.

Art. 41 – Consenso al trattamento dei dati personali

Ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003, ciascuna delle parti consente il trattamento dei dati personali rilevabili dalla polizza o che ne derivino, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali.

La Società

Il Contraente

SCHEDA DI COPERTURA

CONTRAENTE	AGENZIA DOGANE MONOPOLI
DURATA CONTRATTUALE	DALLE ORE 24.00 DEL 31/12/2020 ALLE ORE 24.00 DEL 31/12/2023
RISCHIO ASSICURATO	INFORTUNI
SOMME ASSICURATE PRO-CAPITE	MORTE € 200.000,00 INVALIDITÀ PERMANENTE €200.000,00 RSM € 30.000,00
INFORTUNI CONDUCENTE AUTISTI	NUMERO 110 TESTE
INFORTUNI DIPENDENTI IN MISSIONE ALL'ESTERO	NUMERO 197
PREMIO PER CONDUCENTE PREMIO PER DIPENDENTE IN MISSIONE
PREMIO ANNUO LORDO	PREMIO LORDO ANNUO IN CIFRE € IN LETTERE EURO

La Società

Il Contraente
