

LOTTO N.4

**CAPITOLATO D'ONERI
PER LA COPERTURA DEL RISCHIO**

**INFORTUNI PER RISCHI DI CIRCOLAZIONE
SU VEICOLI IDENTIFICATI**

MULTISS S.P.A.

CONTRAENTE/ASSICURATO

MULTISS S.p.A.

Sede Legale: P.zza d'Italia, 31 07100 SASSARI

Sede Amministrativa: Z.I. Predda Niedda Nord str. 28 07100 SASSARI

MASIMALE E SOMME ASSICURATE

Morte €500.000,00

Invalidità €500.000,00

DURATA CONTRATTUALE

Dalle ore 24,00 del 30/06/2021

SCADENZA

Alle ore 24,00 del 30/06/2022 senza tacito rinnovo e senza obbligo di disdetta.

NUMERO MEZZI CON TARGA/TIPO

Vedi allegato

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

RELATIVE ALLE GARANZIE PRESTATE

Art. 1 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Per infortunio si intende l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili. L'assicurazione vale per il conducente e le persone trasportate per gli infortuni subiti durante la circolazione dei veicoli indicati nel frontespizio della polizza. L'assicurazione in ogni caso è valida solo se il conducente è abilitato a norma delle disposizioni in vigore. Qualora sul veicolo risulti, al momento del sinistro, un numero di persone trasportate maggiore di quello indicato nel libretto di circolazione, le somme per esse individualmente assicurate si intendono proporzionalmente ridotte in base all'accertato numero di dette persone. Nel caso di veicolo destinato al trasporto di cose, la garanzia a favore dei trasportati è valida in quanto gli stessi si trovino all'interno della cabina di guida.

Art. 2 ESTENSIONE DELL'ASSICURAZIONE

Durante la guida sono compresi in garanzia anche:

- la salita e la discesa dai mezzi di locomozione di cui all'art. 1;
- l'annegamento;
- le ernie addominali da sforzo, con esclusione di quelle rachidee, gli strappi muscolari derivanti da sforzo;
- la rottura sottocutanea del tendine di Achille, nei limiti di quanto previsto all'art. 9 (invalidità permanente);
- gli infortuni subiti in stato di malore o incoscienza;
- gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- gli infortuni derivanti da aggressioni, tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismo, attentati, a condizione che l'assicurato non vi abbia parte attiva.

Art. 3 RISCHI ESCLUSI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti:

- a) da corse, gara, allenamenti e prove;
- b) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, salvo gli atti compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- c) da movimenti tellurici;
- d) da guerra o insurrezione;
- e) da trasmutazione del nucleo dell'atomo o radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti.

Sono inoltre esclusi:

- f) gli infarti;
- g) le conseguenze di interventi chirurgici, di accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio.

Art. 4 ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

Art. 5 LIMITI DI ETÀ

Sono escluse dall'assicurazione le persone di età uguale o superiore a 75 anni. In ogni caso l'assicurazione cessa, alla prima scadenza annuale successiva, per l'Assicurato che abbia raggiunto tale limite di età, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso vengono restituiti al Contraente al netto degli oneri fiscali.

Art. 6 PERSONE NON ASSICURABILI

Sono escluse dall'assicurazione le persone affette da infermità mentale, alcoolismo e tossicodipendenza.

In ogni caso l'assicurazione cessa, per l'Assicurato, con il loro manifestarsi senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti dopo tale circostanza, premi che in tal caso vengono restituiti al Contraente al netto degli oneri fiscali.

Art. 7 CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

La Compagnia 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'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio, come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivato dalle condizioni preesistenti, fermo quanto stabilito dall'art. 9 (invalidità permanente).

Art. 8 MORTE

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifichi entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Compagnia liquida ai beneficiari designati la somma assicurata per il caso di morte. In difetto di designazione, la Compagnia liquida tale somma, in parti uguali, agli eredi.

Art. 9 INVALIDITÀ PERMANENTE

Se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente e questa si manifesti entro due anni dal giorno in cui l'infortunio è avvenuto, anche successivamente alla scadenza della polizza, la Compagnia liquida un indennizzo per invalidità permanente parziale calcolato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, in proporzione al grado di invalidità che va accertato facendo riferimento ai valori ed ai criteri sotto elencati.

Perdita totale, anatomica o funzionale, di:

- un arto superiore 70%
- una mano o un avambraccio 60%
- un pollice 18%
- un indice 14%
- un medio 8%
- un anulare 8%
- un mignolo 12%
- la falange ungueale del pollice 9%
- una falange di altro dito della mano ..1/3 del dito

Per:

- anchilosi della scapola omerale con arto in posizione favorevole, ma con immobilità della scapola 25%
- anchilosi del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con pronosupinazione libera 20%
- anchilosi del polso in estensione rettilinea con pronosupinazione libera 10%
- blocco della pronosupinazione in semipronazione dell'avambraccio e della mano 7%
- paralisi completa del nervo radiale 35%
- paralisi completa del nervo ulnare 20%
- esiti di rottura sottocutanea di un tendine del bicipite brachiale 5%

Per:

- amputazione di un arto inferiore:
- al di sopra della metà della coscia 70%

- al di sotto della metà della coscia, ma al di sopra del ginocchio 60%
- al di sotto del ginocchio, ma al di sopra del terzo medio di gamba 50%

Perdita totale, anatomica o funzionale, di:

- un piede 40%
- ambedue i piedi 100%
- un alluce 5%
- la falange ungueale dell'alluce 2,5%
- un altro dito del piede 1%

Per:

- anchilosi dell'anca in posizione favorevole 35%
- anchilosi del ginocchio in estensione 25%
- esiti di frattura del menisco mediale del ginocchio, indipendentemente dal trattamento attuabile 2%
- esiti di frattura del menisco laterale del ginocchio, indipendentemente dal trattamento attuabile 3%
- lesione completa del legamento crociato anteriore del ginocchio 9%
- anchilosi della tibio-tarsica ad angolo retto 10%
- anchilosi della sotto astragalica 5%
- paralisi completa dello sciatico popliteo 15%
- esiti di rottura sottocutanea del tendine di Achille 4%

Perdita totale, anatomica o funzionale, di:

- un occhio 25%
- ambedue gli occhi 100%

Per:

- sordità completa di un orecchio 10%
- sordità completa di ambedue gli orecchi 40%
- stenosi nasale assoluta monolaterale 4%
- stenosi nasale assoluta bilaterale 10%
- esiti di frattura scomposta di una costa 1%
- esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:
- una vertebra cervicale 12%
- una vertebra dorsale 5%
- 12° dorsale 10%
- una vertebra lombare 10%
- esiti di frattura di un metamero sacrale 3%
- esiti di frattura di un metamero coccigeo con callo deforme e dolente 5%
- postumi di trauma discorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo 2%
- perdita anatomica di un rene senza compromissioni significative della funzione urinaria 15%
- perdita anatomica della milza senza compromissioni significative della crasi ematica 8%

Per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado di invalidità permanente tenendo conto dell'eventuale possibilità di applicazione di presidi correttivi.

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 ai valori ed ai criteri sopra indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

Nel caso l'infortunio determini menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con criteri aritmetici fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso.

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

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

Art. 10 ANTICIPO INDENNIZZO PER INVALIDITA' PERMANENTE

A richiesta dell'Assicurato, la Compagnia, quando abbia preventivato un grado di invalidità permanente, ha facoltà di anticipare 1/3 (un terzo) del presumibile grado di invalidità, con il massimo di €15.000,00.

Art. 11 FRANCHIGIA SULLA INVALIDITA' PERMANENTE OLTRE €130.000,00

Nella parte di somma assicurata fino a €130.000,00 l'indennità per la invalidità permanente sarà liquidata senza applicazione di franchigia.

Sulla parte di somma assicurata oltre €130.000,00 e fino a €260.000,00, non si farà luogo ad indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado non superiore al 5% della invalidità permanente totale; se invece risulterà superiore al 5% l'indennizzo sarà corrisposto solo per la parte eccedente tale limite.

Sulla parte di somma assicurata oltre €260.000,00 non si farà luogo ad indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado non superiore al 10% della invalidità permanente totale; se invece risulterà superiore al 10% l'indennizzo sarà corrisposto solo per la parte eccedente tale limite.

Nel caso in cui il grado di invalidità permanente sia pari o superiore al 50% della invalidità permanente totale, la Compagnia liquiderà l'indennizzo dovuto sulla totalità della somma assicurata senza applicazione di franchigia.

Art. 12 INABILITÀ TEMPORANEA

Se l'infortunio ha per conseguenza una inabilità dell'Assicurato ad attendere alle proprie occupazioni, la Compagnia corrisponderà una indennità, giornaliera nei seguenti termini:

- a) il 100% della somma assicurata per tutto il tempo in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità di attendere alle occupazioni medesime;
- b) il 50% della somma assicurata per tutto il tempo in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle occupazioni medesime.

L'indennità giornaliera per inabilità temporanea viene corrisposta per un periodo massimo di 365 giorni.

Art. 13 RIMBORSO SPESE SANITARIE

In caso di prestazioni sanitarie rese necessarie da infortunio, la Compagnia rimborserà le spese sostenute nel corso del ricovero in Istituto di Cura per:

- spese di trasporto dell'Assicurato con l'ambulanza, all'Istituto di Cura e viceversa;
- cure e visite mediche;
- onorari medici (chirurgo, aiuto, assistente, anestesista) e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico;
- farmaci;
- esami di laboratorio;
- rette di degenza;
- protesi ed apparecchi ortopedici applicati durante il ricovero.

Non sono soggette a rimborso le spese sostenute per interventi di chirurgia estetica, per cure odontoiatriche e per protesi dentarie.

Il rimborso verrà riconosciuto per ciascun Assicurato fino alla concorrenza dell'indennità prevista dalla combinazione scelta, per anno assicurativo. La Compagnia effettua il pagamento di quanto dovuto su presentazione in originale delle relative notule, distinte, fatture e ricevute debitamente quietanzate e della cartella clinica. A richiesta dell'Assicurato, la Compagnia restituisce i predetti originali previa apposizione della data di liquidazione dell'indennizzo e dell'importo liquidato. Il pagamento viene effettuato a cura ultimata. Le spese sostenute all'estero nei paesi aderenti all'Unione Monetaria, saranno rimborsate in Italia, in euro.

Le spese sostenute all'estero nei paesi non aderenti all'Unione Monetaria, saranno rimborsate in Italia, in euro, al cambio medio della settimana in cui sono state sostenute dall'Assicurato, rilevato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi.

Art. 14 INDENNITÀ DI RICOVERO A SEGUITO DI INFORTUNIO

Se l'infortunio ha per conseguenza un ricovero in Istituto di Cura, la Compagnia corrisponde l'indennità giornaliera prevista in polizza per un periodo massimo di 365 giorni, su presentazione di cartella clinica.

Art. 15 CUMULO DI INDENNITÀ

Le indennità per inabilità temporanea e per ricovero sono cumulabili tra loro e con tutte le altre garanzie.

L'indennità per il caso di morte non è cumulabile con quella per invalidità permanente. Se dopo il pagamento di un'indennità per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Compagnia corrisponde ai beneficiari designati o, in difetto, agli eredi, la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore, e non chiede il rimborso nel caso contrario.

Art. 16 ESONERO

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le malattie sofferte, nonché le mutilazioni ed i difetti fisici da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire, salvo quanto previsto dall'art. 6 (persone non assicurabili). Viene tuttavia confermato che l'indennizzo e la liquidazione di eventuali infortuni saranno regolati a norma della presente polizza.

Art. 17 CONTROVERSIE

Le controversie mediche sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni e/o del ricovero, sul grado di invalidità permanente o sul grado o durata dell'inabilità temporanea, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti all'art. 7 (criteri di indennizzabilità) possono essere demandate per iscritto ad 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 avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il Collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

È data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo. Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali

rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Art. 18 RINUNCIA ALLA RIVALSA

La Compagnia rinuncia ad ogni azione di rivalsa per le somme pagate, lasciando così integri i diritti dell'Assicurato o dei suoi aventi causa contro i responsabili dell'infortunio.

RELATIVE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO

Art. 19 DENUNCIA DELL'INFORTUNIO E OBBLIGHI RELATIVI

La denuncia dell'infortunio, con l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che lo determinarono, corredata di certificato medico, deve essere fatta per iscritto alla Direzione della Compagnia o all'Agenzia alla quale è stata assegnata la polizza, entro 3 giorni dal sinistro o dal momento in cui il Contraente, l'Assicurato o i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità. Successivamente l'Assicurato deve inviare certificati medici sul decorso delle lesioni. Nel caso di inabilità temporanea, i certificati dovranno essere rinnovati alle rispettive scadenze. In caso di mancato rinnovo, la liquidazione dell'indennità viene fatta considerando data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che la Compagnia possa stabilire una data diversa.

L'Assicurato o, in caso di morte, il beneficiario, devono consentire le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dalla Compagnia.

RELATIVE ALL'ASSICURAZIONE IN GENERE

Art. 20 PROVA DEL CONTRATTO

La polizza e le sue eventuali modifiche devono essere provate per iscritto.

Art. 21 PAGAMENTO DEL PREMIO ED EFFETTO DELLE GARANZIE

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore alle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Compagnia.

Il pagamento del premio può essere effettuato dal Contraente tramite:

- assegni bancari, postali o circolari intestati all'Agenzia nella sua specifica qualità oppure alla Compagnia;
- ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, sistemi di pagamento elettronico che abbiano quale beneficiario l'Agenzia nella sua specifica qualità oppure alla Compagnia;
- con contante fino al limite di €500,00 annuo per contratto

Il pagamento del premio con assegno viene accettato con riserva di verifica e salvo buon fine del titolo.

È fatto salvo, qualora l'assegno non venga pagato, il disposto dell'art. 1901 c.c.

Art. 22 DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE

La Compagnia presta la garanzia e determina il premio sulla base delle dichiarazioni del Contraente.

Le dichiarazioni inesatte e/o le omissioni possono comportare o il mancato pagamento dell'indennizzo o un pagamento ridotto, nonché l'annullamento dell'assicurazione ai sensi degli articoli 1892 – 1893 1894 del Codice Civile.

Art. 23 ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare alla Compagnia eventuali polizze da lui stipulate, fermo l'obbligo di darne avviso in caso di sinistro. L'omissione della comunicazione di cui sopra può comportare la decadenza del diritto all'indennizzo ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile. Le comunicazioni devono avvenire per iscritto.

Art. 24 ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi alla polizza sono a carico del Contraente.

Art. 25 FORO COMPETENTE

Per ogni controversia il foro competente è quello del luogo di residenza o di domicilio elettivo del Contraente o dell'Assicurato.

Art. 26 PROVA

È a carico di chi domanda l'indennizzo di provare che sussistono tutti gli elementi che valgono a costituire il suo diritto ai termini di polizza.

Art. 27 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quello che non è qui diversamente regolato valgono le norme di legge.

CONDIZIONI GENERALI COMUNI

A.1 DURATA DEL CONTRATTO. –

Il presente contratto decorre dalle ore 24.00 del 30.06.2021 e termina alle ore 24.00 del 30.06.2022. Alla scadenza finale il contratto si intende automaticamente disdettato senza obbligo di comunicazione tra le parti.

E', tuttavia, facoltà della Contraente, alla naturale scadenza richiedere alla Compagnia, la proroga del contratto, per ulteriori 6 mesi.

A.2 PAGAMENTO DEL PREMIO.

Il premio, o la prima rata di premio, deve essere pagato alla consegna della polizza. Le eventuali rate successive devono essere pagate alle scadenze pattuite contro rilascio di quietanze che dovranno indicare: la data di pagamento e la firma della persona autorizzata alla riscossione. Il pagamento deve essere eseguito presso l'Agenzia cui è assegnato il contratto, oppure alla Compagnia.

Il pagamento del premio può essere effettuato dal Contraente tramite:

- assegni bancari, postali o circolari intestati all'Agenzia nella sua specifica qualità oppure alla Compagnia;
- ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, sistemi di pagamento elettronico che abbiano quale beneficiario l'Agenzia nella sua specifica qualità oppure alla Compagnia;
- con contante, nei limiti e con le modalità previsti dalla normativa antiriciclaggio.

Il pagamento del premio con assegno viene accettato, con riserva di verifica e salvo buon fine del titolo. È fatto salvo, qualora l'assegno non venga pagato, il disposto dell'art. 1901 c.c..

A.3 DICHIARAZIONI E COMUNICAZIONI DEL CONTRAENTE.

Il premio è calcolato con riferimento ai fattori di rischio dichiarati dal Contraente.

Nel caso di dichiarazioni inesatte e reticenze relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, rese dal Contraente al momento della stipulazione, o di mancata comunicazione di ogni successivo mutamento che

aggravi il rischio, si applicheranno rispettivamente gli artt. 1892/1893/1894 e 1898 del c.c.

A.4 SOSTITUZIONE DEL CONTRATTO.

In tutti i casi in cui il contratto venga sostituito, si procederà all'eventuale conguaglio rispetto al premio pagato e non goduto sul contratto sostituito.

A.5 FORO COMPETENTE.

Per le controversie relative al contratto il foro competente è quello del luogo di residenza o domicilio elettivo del Contraente o dell'Assicurato.