

**PROCEDURA NEGOZIATA PER L’AFFIDAMENTO DELLA
COPERTURA ASSICURATIVA INFORTUNI DEI CONSIGLIERI REGIONALI
ALLEGATO 1)**

CONDIZIONI PARTICOLARI DI POLIZZA

**COPERTURA ASSICURATIVA CONTRO I RISCHI DERIVANTI AI
CONSIGLIERI REGIONALI DA INFORTUNI SOFFERTI NEL PERIODO DI
ESERCIZIO DEL MANDATO**

Periodo

1 Gennaio 2019 - 31 Dicembre 2021

Articolo 1 REGOLAMENTAZIONE

Il presente documento costituisce l'unica fonte regolamentare del contratto di assicurazione e prevale, pertanto, su qualsiasi altra condizione generale e/o particolare di polizza, non migliorativa rispetto a quelle contenute nel testo che segue.

Articolo 2 DEFINIZIONI

Nel presente documento sono utilizzati i seguenti termini per designare quanto a fianco indicato:

- "Assicurazione": insieme di garanzie prestate agli assicurati tramite la polizza;
- "Società": la società assicuratrice;
- "Contraente": il Consiglio regionale del Friuli Venezia Giulia;
- "Assicurati": i consiglieri regionali del Friuli Venezia Giulia, nel cui interesse viene stipulata la polizza;
- "Polizza": il documento che prova l'assicurazione;
- "Premio": la somma dovuta dal Contraente alla Società per l'assicurazione;
- "Sinistro": il verificarsi dell'evento dannoso;
- "Indennizzo": la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro;
- "Rischio": la probabilità che si verifichi il sinistro;
- "Infortunio": l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che provochi lesioni fisiche oggettivamente constatabili.

Articolo 3 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione copre gli infortuni subiti dagli Assicurati nell'esercizio di qualsiasi attività professionale o extraprofessionale, durante il periodo di svolgimento delle funzioni inerenti la carica di consiglieri regionali.

L'assicurazione comprende:

- l'asfissia di origine non morbosa;
- l'annegamento;
- le conseguenze (avvelenamento, lesioni da contatto, soffocamento) da ingestione o assorbimento di sostanze;
- le affezioni conseguenti a morsi di animali e punture di insetti o aracnidi;
- l'assideramento e il congelamento;
- la folgorazione;
- i colpi di sole e di calore;
- le lesioni muscolari determinate da sforzo;
- le ernie traumatiche;
- le lesioni derivanti da malore e incoscienza, purché non causati da stupefacenti, allucinogeni e alcolici;
- le lesioni derivanti da imprudenza, imperizia e negligenza anche grave;
- le lesioni fisiche derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismi, attentati, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- le lesioni fisiche derivanti dall'uso di veicoli a motore e dalla guida degli stessi, a condizione che l'Assicurato sia in possesso della relativa abilitazione;
- le lesioni fisiche subite in qualità di passeggero su velivoli ed elicotteri durante voli turistici o di trasferimento, con esclusione dei voli effettuati da aeroclubs o società di lavoro aereo diversi da trasporto pubblico di passeggeri;
- le lesioni fisiche derivanti dalla pratica di sport in genere a livello dilettantistico.

Articolo 4 ESCLUSIONI

L'assicurazione non comprende gli infortuni derivanti da:

- guida di veicoli a motore senza la relativa abilitazione;
- guerra e insurrezione, salvo infortuni subiti entro i quattordici giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero;
- guida di aeromobili;
- reati dolosi commessi o tentati dall'Assicurato, compresi suicidio e tentato suicidio;
- abuso di alcolici e psicofarmaci, uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni, volontaria alterazione psichica da qualsiasi altra causa determinata;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche;
- partecipazione ad imprese inusuali e temerarie, salvo che si tratti di atti compiuti per solidarietà umana;
- infarto;
- operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio;
- movimenti tellurici, inondazioni, eruzioni vulcaniche;
- pratica di sport aerei (deltaplano, ultraleggeri, parapendio), paracadutismo, bungee jumping, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci alpinismo, sci acrobatico, bob, skeleton, speleologia, scalata dal terzo grado in poi, rafting canyoning, pugilato, lotta, atletica pesante, hockey, rugby, football americano, equitazione;
- partecipazione a corse, gare, allenamenti e prove comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, salvo si tratti di gare di regolarità pura;
- immersioni con autorespiratore.

Articolo 5 LIMITI

a) **Limiti territoriali**

L'assicurazione è valida in tutto il mondo.

Il pagamento delle indennità sarà effettuato in ogni caso in Italia con valuta corrente.

b) **Limiti di età**

L'assicurazione ha validità per gli Assicurati senza limiti di età.

Articolo 6 MORTE

La somma assicurata per il caso di morte è stabilita in Euro 400.000,00 (quattrocentomila) ed è corrisposta se la morte si verifici, anche successivamente alla scadenza della polizza, entro due anni dal giorno dell'infortunio.

Tale indennizzo viene liquidato a favore dei beneficiari designati dall'Assicurato o, in difetto di designazione, degli eredi.

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

La liquidazione non sarà effettuata prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta ai sensi degli articoli 60 e 62 del Codice civile.

Nel caso in cui, successivamente al pagamento, risultasse che la morte non si è verificata, la Società avrà diritto alla restituzione dell'intera somma liquidata.

In tal caso l'Assicurato, dopo aver restituito l'intera somma liquidata, potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita, anche se nel frattempo saranno scaduti eventuali termini di prescrizione previsti dalla legge.

L'indennizzo per morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente.

Articolo 7 INVALIDITA' PERMANENTE

Si intende per invalidità permanente la perdita o la diminuzione definitiva della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di ogni e qualsiasi attività, indipendentemente dalla sua professione, con esclusione dei danni di natura puramente estetica.

La somma assicurata per il caso di invalidità permanente totale è stabilita in Euro 800.000,00 (ottocentomila).

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

L'indennità per invalidità permanente parziale è calcolata, percentualmente e proporzionalmente al grado di invalidità riportata, sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, secondo la tabella delle percentuali di invalidità permanente previste all'Allegato 1 del DPR 30 giugno 1965, n. 1124 e successive modifiche, con l'applicazione della franchigia di cui al successivo articolo 8.

Per le menomazioni visive ed uditive, la quantificazione del grado di invalidità permanente sarà effettuata tenendo conto dell'eventuale possibilità di applicazione di presidi correttivi.

Per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinismo, le percentuali di invalidità permanente previste dalla citata tabella saranno invertite.

La perdita totale e irrimediabile dell'uso funzionale di un senso, di un arto o di un organo è considerata come perdita anatomica dello stesso; in caso di perdita parziale (minorazione), le percentuali indicate sono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.

Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più sensi, arti o organi, l'indennità è calcolata sommando le percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al limite massimo del 100%.

In caso di menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, l'indennità è calcolata sommando le percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, sino al limite massimo del valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso.

Per le singole falangi terminali delle dita, escluso il pollice, si considera invalidità permanente soltanto l'asportazione totale. L'indennità per la perdita funzionale od anatomica di una falange del pollice e per la perdita anatomica di una falange dell'alluce è stabilita nella metà, per la perdita anatomica di una falange di qualunque altro dito in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito.

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

In caso di invalidità permanente o riduzione funzionale di un senso, di un organo o di un arto già minorato, le percentuali sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Nel caso di ernia traumatica, anche se bilaterale, non operabile, l'indennità è corrisposta in misura non superiore al 10% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente totale. Qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio Medico Arbitrale di cui al successivo articolo 14.

Nei casi di invalidità permanente di grado pari o superiore al 50% è corrisposta l'indennità prevista per l'invalidità permanente totale.

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

Se l'Assicurato muore dopo il pagamento dell'indennità per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, 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.

Articolo 8 FRANCHIGIA

Per il caso di invalidità permanente parziale, l'indennità è corrisposta solo per la parte eccedente il 3% del grado di invalidità permanente riconosciuta.

Articolo 9 INDENNITA' GIORNALIERA PER INGESSATURA

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, per il quale si renda necessaria l'applicazione di ingessatura o di tutore immobilizzante, la Società corrisponde all'Assicurato, che si trovi nella totale incapacità di attendere alle attività connesse all'esercizio del proprio mandato, un'indennità per ogni giorno di durata dell'applicazione pari a Euro 50,00 (cinquanta), fino al massimo di 90 giorni per evento.

Articolo 10 RIMBORSO SPESE MEDICHE

In caso d'infortunio indennizzabile a termini di polizza, con o senza ricovero in istituto di cura pubblico e/o privato, la Società rimborsa, entro un anno dal verificarsi dell'infortunio e fino alla concorrenza di Euro 10.000,00 (diecimila), le spese derivanti esclusivamente e direttamente dall'infortunio sostenute per:

- accertamenti diagnostici;
- prestazioni mediche specialistiche (esclusa la sostituzione di protesi preesistenti);
- trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- rette di degenza;
- onorari dei medici curanti;
- medicinali prescritti dal medico curante;
- diritti di sala operatoria e materiali d'intervento;
- trasporto dell'Assicurato al luogo di cura o di soccorso e da un istituto di cura ad un altro.

Articolo 11 DANNI ESTETICI

In caso d'infortunio indennizzabile a termini di polizza, che abbia provocato un danno di carattere estetico, la Società riconosce il rimborso delle spese sanitarie documentate e non altrimenti

contrattualmente rimborsabili sostenute dall'Assicurato per interventi di chirurgia estetico-ricostruttiva, fino alla concorrenza di Euro 5.000,00 (cinquemila) per evento.

Articolo 12

DENUNCIA DI INFORTUNIO E OBBLIGHI DELLE PARTI

La denuncia deve essere effettuata per iscritto dal Contraente per conto dell'Assicurato entro trenta giorni dal momento in cui abbia avuto conoscenza dell'infortunio.

La denuncia di infortunio deve contenere l'indicazione delle generalità dell'Assicurato, della data, ora e luogo dell'evento nonché la descrizione delle modalità di accadimento del sinistro e deve essere corredata da un referto medico attestante il tipo di lesione e l'eventuale necessità del ricovero o dell'intervento.

Alla denuncia di infortunio deve essere allegata copia dei certificati medici e di ogni altra documentazione sanitaria fornita dall'Assicurato.

In caso di morte dell'assicurato, deve esserne dato immediato avviso alla Società.

L'Assicurato, i suoi familiari o aventi diritto devono consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato in seguito all'infortunio.

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquida le indennità che risultino dovute a termini di polizza entro quindici giorni dall'accettazione dell'avente diritto.

Articolo 13

CRITERI DI INDENNIZZABILITA'

La Società corrisponde le indennità per le sole conseguenze dirette, esclusive e oggettivamente constatabili dell'infortunio.

Articolo 14

CONTROVERSIE E PROCEDIMENTO ARBITRALE

In caso di controversie di natura medico-legale sull'ammontare offerto a titolo di indennizzo o sull'indennizzabilità del sinistro, le parti possono conferire per iscritto mandato di decidere ad un Collegio composto da tre medici, di cui uno nominato dalla Società, uno dal Contraente e il terzo di comune accordo tra questi o, in difetto, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici di Trieste.

Il Collegio dei medici definisce se ed in quale misura è dovuto l'indennizzo a norma e nei limiti delle condizioni di polizza.

I risultati delle operazioni peritali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigere in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza dei voti, senza alcuna formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, le quali rinunciano a qualsiasi impugnativa, salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il verbale.

Ciascuna delle parti sostiene le spese del proprio arbitro e metà di quelle del terzo.

Articolo 15
ESONERI DI DENUNCIA

a) **Infermità**

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le infermità da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione del contratto e che dovessero in seguito sopravvenire.

b) **Generalità degli Assicurati**

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità degli Assicurati. Per l'identificazione di tali persone, si farà riferimento alle risultanze degli atti ufficiali tenuti dal Contraente, il quale si impegna a esibirne copia a semplice richiesta della Società.

In caso di sostituzione delle persone assicurate, l'assicurazione per il subentrante è valida dalle ore 24 del giorno precedente la data dell'insediamento, così come risultante dagli atti del Contraente.

c) **Altre assicurazioni**

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare altre eventuali assicurazioni che i singoli Assicurati avessero in corso o stipulassero in futuro con altre Società per gli stessi rischi di cui alle presenti condizioni particolari di polizza.

Articolo 16
PAGAMENTO DEL PREMIO

Il pagamento del premio per l'anno 2019 sarà effettuato entro il 31 dicembre 2018; diversamente, l'assicurazione avrà effetto dalle ore 24 del giorno dell'avvenuto pagamento.

Il pagamento del premio per ciascuno degli anni 2020 e 2021 sarà effettuato entro il 31 dicembre dell'anno precedente a quello cui il premio si riferisce; diversamente, l'assicurazione resterà sospesa dalle ore 24 del trentesimo giorno successivo alla scadenza e riprenderà vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.

Articolo 17
FORMA DELLE COMUNICAZIONI E MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Tutte le comunicazioni alle quali le parti sono tenute devono essere effettuate per iscritto, anche utilizzando la firma elettronica digitale, e inoltrate a mezzo lettera raccomandata con avviso di ricevimento o posta elettronica certificata e hanno efficacia dal momento in cui pervengono al destinatario.

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

Articolo 18
RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE

La Società rinuncia al diritto di surrogazione previsto all'articolo 1916 del Codice civile.

Articolo 19
OBBLIGHI INFORMATIVI DELLA SOCIETA'

La Società, entro il terzo mese successivo alla scadenza di ciascuna annualità assicurativa, dovrà fornire al Contraente il dettaglio dei sinistri denunciati, indicando per ogni sinistro lo stato della pratica, l'importo liquidato, la data di liquidazione o di chiusura senza seguito.