

LOTTO 5)

**POLIZZA
DI ASSICURAZIONE
INFORTUNI CUMULATIVA**



Cremona
COMUNE DI CREMONA

Piazza del Comune n. 8
26100 Cremona

Codice Fiscale 00297960197

CODICE CIG: 8928375820

Sommario

PREMESSA.....	4
SEZIONE 1 - DEFINIZIONI, DESCRIZIONE ATTIVITA' E IDENTIFICAZIONE DEGLI ASSICURATI.....	4
Art.1 - Definizioni.....	4
Art. 2 – Descrizione dell'Attività.....	6
Art. 3 – Identificazione degli Assicurati – esonero denuncia infermità fisiche – validità territoriale - Inserimento nuove categorie.....	6
SEZIONE 2 - NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE.....	7
Art.1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio.....	7
Art. 2 – Assicurazioni presso diversi Assicuratori.....	7
Art. 3 – Durata del contratto.....	7
Art. 4 – Pagamento del premio - decorrenza della garanzia –regolazione premio.....	8
Art. 5 - Variazione del rischio successivamente all'aggiudicazione del contratto.....	9
Art. 6 – Disciplina dei casi di recesso dall'assicurazione.....	10
Art. 7 – Prova del Contratto e modifiche dell'assicurazione.....	11
Art. 8 - Forma delle comunicazioni.....	11
Art. 9 – Oneri fiscali.....	11
Art. 10 – Foro competente.....	11
Art. 11 - Rinvio alle norme di legge.....	11
Art. 12 - Interpretazione del contratto.....	11
Art. 13 – Ispezioni e verifiche della Società.....	11
Art. 14 – Titolarità dei diritti nascenti della polizza.....	12
Art. 15 – Estensione territoriale.....	12
Art. 16 – Obbligo di fornire i dati sull'andamento del rischio.....	12
Art. 17 – Clausola Broker.....	12
Art. 18 - Tracciabilità dei Flussi Finanziari ex Legge 136/2010 e s. m. e i.....	13

Art. 19 – Coassicurazione e delega (valida solo in caso di coassicurazione).....	13
Art. 20 – Trattamento dei dati.....	13
SEZIONE 3 - RISCHI ASSICURATI E LIMITAZIONI.....	14
Art. 1 - Oggetto dell'assicurazione.....	14
Art. 2 – Garanzie operanti solo se richiamate nella categoria assicurata.....	15
Art. 3 – Garanzie sempre operanti.....	20
Art. 4 – Esclusioni.....	21
Art. 5 – Persone escluse dall'assicurazione o non assicurabili.....	22
Art. 6 – Limite di indennizzo per sinistri catastrofali.....	23
Art. 7 – Misure restrittive (Sanctions Limitations Exclusions Clause).....	23
SEZIONE 4 - GESTIONE DEI SINISTRI.....	23
Art. 1 - Denuncia del sinistro e relativi obblighi.....	23
Art. 2 - Criteri di indennizzabilità.....	24
Art. 3 - Controversie.....	26
Art. 4 - Liquidazione dell'indennità.....	27
Art. 5 - Rinuncia all'azione di surroga.....	27
SEZIONE 5 – CATEGORIE E SOMME ASSICURATE – DETERMINAZIONE DEL PREMIO E REGOLAZIONE.....	27
Art. 1 – Categorie assicurate, garanzie e capitali assicurati.....	27
Art. 2 - Calcolo del premio e modalità di applicazione della regolazione.....	34
Art.3 – Riparto di coassicurazione (opzionale).....	35
Art. 4 – Clausole vessatorie.....	36

PREMESSA

Rimane convenuto che si intendono operanti solo le presenti norme dattiloscritte. La firma apposta dal Contraente 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 alla Coassicurazione (eventuale).

SEZIONE 1 - DEFINIZIONI, DESCRIZIONE ATTIVITA' E IDENTIFICAZIONE DEGLI ASSICURATI

Art.1 - Definizioni

Assicurazione	Il contratto di assicurazione.
Annualità assicurativa o periodo assicurativo	Il periodo pari o inferiore a 12 mesi compreso tra la data di effetto e la data di scadenza o di cessazione dell'assicurazione
Assicurato	Il soggetto il cui interesse è protetto dalla Assicurazione
Assicurato aggiunto	Il soggetto a cui è riconosciuta tale qualifica nel testo contrattuale
Beneficiario	In caso di morte gli eredi legittimi o testamentari, in tutti gli altri casi l'assicurato stesso
Broker	Willis Italia S.p.a. quale mandatario incaricato dal Contraente della gestione ed esecuzione del contratto, riconosciuto dalla Società
Contraente	Il soggetto che stipula l'assicurazione
Franchigia	La parte di danno che l'Assicurato tiene a suo carico
Inabilità Temporanea	La perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato di attendere alle attività professionali dichiarate
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 e/o una invalidità permanente e/o una inabilità temporanea
Invalidità Permanente	La diminuita capacità o la perdita definitiva ed irrimediabile della capacità

	generica ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato conseguente ad infortunio
Istituto di Cura	L'ospedale pubblico, la clinica, la casa di cura sia accreditati presso il Servizio Sanitario Nazionale che privati, legalmente riconosciuti e regolarmente autorizzati al ricovero dei malati, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno
Malattia	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio
Massimale per sinistro	la massima esposizione della Società per sinistro
Morte	Il decesso, compreso lo stato dichiarato di "coma irreversibile", conseguente ad infortunio;
Polizza	Il documento che prova l'assicurazione.
Premio	La somma dovuta dal Contraente alla Società
Ricovero	La degenza in Istituto di cura che comporti almeno un pernottamento
Rischio in itinere	Tragitto dal luogo di residenza o domicilio al luogo di lavoro, e viceversa, effettuato con qualsiasi mezzo.
Rischio	La probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne
Scoperto	La parte percentuale di danno che l'Assicurato tiene a suo carico
Sinistro	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa
Società	L'impresa di Assicurazione
Veicoli	Mezzi di locomozione iscritti al P.R.A. (esclusi i rimorchi), biciclette e biciclette a pedalata assistita

Art. 2 – Descrizione dell'Attività

Ente territoriale – Comune.

Tra le attività del Contraente sono comprese quelle istituzionali oltre che accessorie, accessorie, complementari o comunque svolte di fatto con ogni mezzo ritenuto utile o necessario

Art. 3 – Identificazione degli Assicurati – esonero denuncia infermità fisiche – validità territoriale - Inserimento nuove categorie

La presente polizza viene stipulata per tutte le categorie elencate alla Sez.5 Art.1, per le quali il Contraente ha l'obbligo o l'interesse ad attivare la copertura assicurativa e vale per gli infortuni subiti dagli Assicurati in

occasione della partecipazione all'attività del Contraente o nello svolgimento delle mansioni dichiarate dal Contraente stesso.

Nel caso in cui venga concordata e attivata, in corso di contratto, una nuova categoria (originariamente non prevista alla Sezione 5 Art. 1), il rischio si intenderà coperto dalle ore 24.00 della data della comunicazione di richiesta di attivazione (alle condizioni concordate) inoltrata dalla Contraente e/o dal Broker o dalle ore 24.00 della data indicata nella richiesta se posteriore a quella di inoltro.

La Compagnia emetterà, entro 30 giorni dalla data di decorrenza del nuovo rischio, appendice attestante l'attivazione della categoria menzionata e il rateo di premio verrà versato nei termini previsti dalla Sezione 2 art. 4 "Pagamento del premio e decorrenza della garanzia".

Nel caso di attivazione in corso d'anno di nuove categorie da mantenere per l'annualità successiva, il Contraente, dovrà comunicare, almeno 30 giorni prima della scadenza di rata, il dato preventivo da utilizzare per l'aggiornamento del conteggio del premio anticipato per l'annualità successiva.

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per la loro identificazione si farà riferimento ai registri tenuti dal Contraente.

Il Contraente resta altresì esonerato dall'obbligo di notificare preventivamente alla Società le malattie, le infermità, le mutilazioni ed i difetti fisici da cui fossero affette le persone assicurate all'atto della stipula del presente contratto, o degli inserimenti successivi, o che dovessero in seguito sopravvenire.

SEZIONE 2 - NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

Art.1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte e reticenti del Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli art. 1892, 1893 e 1894 C.C..

Si conviene tuttavia che l'omissione della dichiarazione da parte del Contraente di una circostanza aggravante del rischio, come le incomplete ed inesatte dichiarazioni all'atto della stipulazione della polizza e durante il corso della medesima, non pregiudicano il diritto al risarcimento dei danni, sempre che tali omissioni o inesatte dichiarazioni siano avvenute in buona fede e con l'intesa che il Contraente avrà l'obbligo di corrispondere alla Società il maggior premio proporzionale al maggior rischio che ne deriva.

Il Contraente deve comunicare alla Società ogni aggravamento del rischio, così come previsto dal successivo Art. 5 "Variazione del rischio successivamente all'aggiudicazione del contratto".

Nel caso di diminuzione del rischio, la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente (art. 1897 C.C.) e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 2 – Assicurazioni presso diversi Assicuratori

La presente assicurazione si intende stipulata indipendentemente ed in aggiunta alle assicurazioni obbligatorie previste per gli infortuni sul lavoro dalle leggi vigenti e da quelle future nonché ad eventuali assicurazioni private a favore degli Assicurati da chiunque stipulate.

In deroga a quanto previsto dall'art. 1910 del C.C. il Contraente e l'Assicurato sono esonerati dall'obbligo di comunicare l'esistenza di altre assicurazioni stipulate, o che verranno stipulate in futuro con altre Società per gli stessi rischi assicurati con il presente contratto.

Resta inteso che la presente polizza dovrà essere considerata "primaria" per quanto riguarda il rimborso delle spese mediche da infortunio rimborsabili a seguito di sinistro e che, solo per questa garanzia, il Contraente/Assicurato dovrà comunicare l'esistenza di altre assicurazioni ai sensi di quanto previsto dall'art. 1910 del C.C..

Art. 3 – Durata del contratto

Il contratto ha decorrenza dalle ore 24.00 del 31.12.2021 e scadenza ore 24.00 del 31.12.2023 senza tacito rinnovo, ma potrà essere rinnovato, su espressa richiesta della Contraente, per ulteriori due anni.

La scadenza annuale si intende fissata al 31 dicembre di ogni anno.

L'opzione di rinnovo dovrà essere esercitata dal Contraente tramite invio alla Società – anche per il tramite del Broker – di specifica comunicazione in tal senso con preavviso non inferiore a 6 mesi rispetto alla scadenza contrattuale.

Nel caso in cui la Società, entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione per l'attivazione dell'opzione di rinnovo confermi per iscritto la propria accettazione, la polizza si intenderà rinnovata per il periodo concordato senza possibilità, per le Parti di esercitare, per la scadenza annuale immediatamente successiva, la facoltà di recesso di cui al penultimo capoverso del presente articolo.

In caso di mancato riscontro da parte della Società nei termini indicati, così come nel caso di espressa non accettazione dell'esercizio dell'opzione di rinnovo, il contratto cesserà senza tacito rinnovo alla sua naturale scadenza o alla scadenza dell'eventuale rinnovo annuale concordato, salvo l'attivazione della proroga temporanea di cui all'ultimo capoverso del presente articolo che dovrà essere concessa in qualsiasi caso di cessazione della polizza, compreso il mancato rinnovo del contratto.

Trattandosi di contratto di durata pluriennale alle parti è concessa la facoltà di rescindere il contratto ad ogni scadenza annuale con lettera raccomandata (o PEC) da inviarsi con preavviso non inferiore a quattro mesi rispetto a ciascuna scadenza anniversaria.

E' facoltà del Contraente richiedere una proroga temporanea della presente assicurazione, finalizzata all'espletamento od al completamento delle procedure di aggiudicazione della nuova assicurazione. La Società, a fronte della corresponsione del relativo rateo di premio, si impegna sin d'ora a prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche per il periodo richiesto, purché non eccedente i 6 mesi decorrenti dalla scadenza del contratto.

Art. 4 – Pagamento del premio - decorrenza della garanzia –regolazione premio

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza ancorché la prima rata di premio (31.12.2021 -31.12.2022) venga versata entro i 60 giorni successivi al medesimo.

La deroga dei termini di pagamento di cui al primo comma del presente articolo si applica anche ad ogni appendice a titolo oneroso emessa a variazione del contratto, compresa l'eventuale proroga di cui all'art. 3 "Durata del Contratto" della presente Sezione.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 60° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Il premio è convenuto in base ad elementi di rischio variabile e viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minor durata del contratto, secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio.

Le differenze attive o passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei 60 giorni successivi al ricevimento da parte del Contraente dell'apposita appendice ritenuta corretta di regolazione emessa dalla Società.

Se il Contraente non effettua nel termine anzidetto la comunicazione dei dati, la Società deve fissargli, mediante atto formale di messa in mora, un ulteriore termine non inferiore a 30 giorni dandone comunicazione scritta. Nel caso che entro il termine sopra indicato il Contraente non abbia inoltrato alcuna comunicazione si intenderà che i valori delle partite assicurate non hanno subito variazioni durante l'annualità trascorsa.

In caso di mancata comunicazione dei dati di regolazione o di mancato pagamento del premio di conguaglio non dovuti a comportamento doloso del Contraente, gli eventuali sinistri potranno essere indennizzati nella stessa proporzione esistente tra il premio versato a deposito e l'intero premio dovuto (deposito più regolazione).

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie gli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione

I premi possono essere pagati alla Società Assicuratrice, anche per il tramite del Broker incaricato della gestione del contratto.

Ai sensi dell'art. 48 del DPR 602/1973 la Società da 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 del C.C. nei confronti della Società stessa.

Art. 5 - Variazione del rischio successivamente all'aggiudicazione del contratto

Per variazione del rischio si intende qualsiasi modifica che determini una diversa probabilità di verificarsi di un sinistro ovvero una variazione delle sue conseguenze, non previste o non prevedibili, al momento della stipula del contratto, tali che se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto, la Società non avrebbe assunto il rischio o l'avrebbe l'assunto per un premio più elevato.

Qualsiasi elemento intervenuto successivamente all'aggiudicazione del contratto, che comporti una variazione del rischio deve essere comunicato per iscritto alla Società entro trenta giorni dall'intervenuta conoscenza.

Le variazioni che devono essere comunicate riguardano circostanze di fatto interne all'organizzazione del Contraente in grado di determinare un aggravamento di rischio rilevante, pertanto il Contraente non è tenuto a comunicare variazioni del rischio derivanti da sopravvenienze normative ovvero da modifiche degli orientamenti giurisprudenziali.

Art. 6 – Disciplina dei casi di recesso dall'assicurazione

6.1) Recesso per dichiarazioni inesatte o reticenze del Contraente

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del Contraente, relative a circostanze tali che la Società non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, consentono, qualora il Contraente abbia agito senza dolo o colpa grave, alla Società di recedere dal contratto stesso con un preavviso non inferiore a 120 giorni, mediante dichiarazione da inviare al Contraente entro, e non oltre, tre mesi dal giorno in cui la Società ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.

Nella fattispecie di cui al precedente comma, qualora si verifichi un sinistro prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dalla Società, o prima che questa abbia dichiarato di recedere dal contratto, la Società è comunque tenuta, in deroga a quanto previsto dal comma 2 dell'art. 1893 c.c., al pagamento dell'indennizzo per l'intero.

6.2) Recesso per aggravamento del rischio

Dopo il trentesimo giorno successivo alla proposta di cui all'art. 6 "Revisione del contratto", presentata dalla Società, ovvero al termine della trattativa instaurata ai sensi del comma 2 del medesimo articolo, in caso di mancato accordo tra le Parti, la Società può recedere dal contratto di assicurazione con preavviso non inferiore a 120 giorni, da comunicarsi al Contraente tramite Raccomandata o PEC.

6.3) Recesso a seguito di sinistro [OPZIONE BASE]

Decorsi almeno 180 giorni dall'inizio dell'Assicurazione, dopo ogni sinistro e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o dal rifiuto dell'indennizzo, la Società ed il Contraente hanno facoltà di recedere dal contratto con preavviso di 120 (centoventi) giorni da darsi con lettera raccomandata o PEC. Si precisa che il computo dei 120 (centoventi) giorni decorre dalla data di ricevimento della suddetta comunicazione.

6.3) Recesso a seguito di sinistro [OPZIONE MIGLIORATIVA VALE 15 PUNTI]

Non si applica al presente contratto.

In tutti i casi di recesso si conviene quanto segue:

1. La Società, congiuntamente alla volontà espressa di recedere dal contratto dovrà fornire al Contraente tutti i dati di cui all'art. 16 "Obbligo di fornire i dati sull'andamento del rischio" necessari per la redazione del bando di gara per l'affidamento del nuovo contratto assicurativo. Il recesso non produce effetto in caso di mancata produzione dei dati sopra richiamati.
2. La Società entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborserà al Contraente i ratei di premio pagati e non goduti, escluse le imposte;
3. La Società, in caso di recesso con durata del preavviso contrattuale eccedente la scadenza annuale di polizza, la Società rinuncerà ad incassare l'intera quietanza annuale ma emetterà appendice con indicazione del rateo dovuto per il periodo di copertura compreso nell'annualità successiva. Tale appendice dovrà essere pagata nei termini previsti dall'art. 4 "Pagamento del premio – decorrenza della garanzia – regolazione premio".

Art. 7 – Prova del Contratto e modifiche dell'assicurazione

La Società è obbligata a rilasciare al Contraente la polizza di assicurazione e le relative appendici contrattuali. Le eventuali modificazioni dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art. 8 - Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente e la Società sono tenuto devono essere effettuate con mezzo idoneo a comprovare la data e il contenuto e devono essere indirizzate alla Società e al Contraente oppure al Broker al quale il Contraente ha conferito incarico per la gestione della polizza. A titolo esemplificativo le comunicazioni possono essere effettuate a mezzo posta elettronica certificata, posta elettronica semplice, raccomandata, corriere, fax ecc.

Art. 9 – Oneri fiscali

Tutti gli oneri, presenti e futuri, relativi al premio, agli indennizzi, alla polizza ed agli atti da essa dipendenti, sono a carico del Contraente anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

Art. 10 – Foro competente

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

In deroga alle prescrizioni ex lege 28/2010 e ss.mm.ii. Le parti individuano sin d'ora e si obbligano ad adire quale Organismo di mediazione competente, esclusivamente quello del luogo ove la Contraente ha sede legale.

Art. 11 - Rinvio alle norme di legge

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

Art. 12 - Interpretazione del contratto

Si conviene fra le Parti che, in caso di dubbio nell'interpretazione anche di una delle condizioni di polizza, si dovrà intendere che le stesse devono interpretarsi in senso conforme a quello in cui tali condizioni possano essere ritenute legittime e non contrarie a disposizione di legge; in ogni caso, verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole all'Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di polizza.

Art. 13 – Ispezioni e verifiche della Società

La Società ha sempre il diritto di ispezionare il rischio, visitando e verificando gli enti assicurati, potendo accedere, a mero titolo esemplificativo e non esaustivo, a beni mobili ed immobili, luoghi, libri e registri, documenti amministrativi, ogni altro documento probatorio, atti, contratti, ecc.. L'Assicurato ha l'obbligo di fornire tutte le occorrenti indicazioni ed informazioni. Tutti gli oneri relativi a tali ispezioni sono posti per intero a carico della Società. Le ispezioni possono essere effettuate da personale dipendente della Società ovvero da soggetti terzi da essa incaricati, in quest'ultimo caso previo benestare dell'Assicurato.

Art. 14 – Titolarità dei diritti nascenti della polizza

La presente polizza è stipulata dal Contraente, ai sensi dell'art. 1891 del C.C., nell'interesse e a favore degli Assicurati. Il Comune di Cremona pertanto assume la qualifica di Contraente, ovvero della persona giuridica che stipula l'Assicurazione con il consenso degli Assicurati ed adempie agli obblighi previsti dall'Assicurazione stessa, salvo quelli che, per loro natura, non possono che essere adempiuti dall'Assicurato stesso.

Art. 15 – Estensione territoriale

La presente polizza si intende operante per infortuni occorsi nel mondo intero.

Art. 16 – Obbligo di fornire i dati sull'andamento del rischio

La Società, entro 60 giorni dal termine di ogni annualità assicurativa, 180 giorni prima della scadenza finale del contratto e in tutti i casi di recesso, si impegna a fornire al Contraente il dettaglio (data sinistro, numero sinistro, descrizione sintetica) aggiornato a non oltre 60 giorni precedenti, dei sinistri denunciati così suddiviso:

- sinistri riservati (con indicazione dell'importo a riserva);
- sinistri liquidati (con indicazione dell'importo liquidato);
- sinistri senza seguito/respinti.

Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al Contraente di chiedere, e ottenere dalla Società, un aggiornamento con le modalità di cui sopra in date diverse da quelle indicate, pertanto la Società, a semplice

richiesta del Contraente/Broker incaricato, si impegna a fornire, entro 30 giorni dal ricevimento della richiesta stessa, la statistica sinistri aggiornata.

L'obbligo di fornire i dati relativi ai sinistri permane fino alla definizione dell'ultima posizione di sinistro aperta sul contratto, ancorché successiva alla scadenza naturale dello stesso.

Art. 17 – Clausola Broker

Il Contraente dichiara di aver affidato la gestione della presente Polizza al broker incaricato Willis Italia Spa – n. iscrizione RUI n. B000083306.

La Società riconosce che ogni comunicazione relativa alla presente assicurazione avverrà per il tramite del broker e tutti i rapporti inerenti la presente assicurazione saranno svolti per conto del Contraente e dell'Assicurato dal Broker medesimo. Ai sensi della legislazione vigente, la Società dichiara che il broker è autorizzato ad incassare i premi o le rate di premio, con effetto liberatorio nei confronti della Società stessa.

Pertanto, il pagamento del premio eseguito in buona fede dal Contraente al broker si considera come effettuato direttamente alla Società.

Art. 18 - Tracciabilità dei Flussi Finanziari ex Legge 136/2010 e s. m. e i.

La Società assume tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'articolo 3 della legge 13 agosto 2010, n. 136 e successive modifiche e integrazioni al fine di assicurare la tracciabilità dei movimenti finanziari relativi all'appalto.

Qualora la Società non assolva agli obblighi previsti dall'art. 3 della Legge n. 136/2010 per la tracciabilità dei flussi finanziari relativi all'appalto, il presente contratto si risolve di diritto ai sensi del comma 8 del medesimo art. 3.

Art. 19 – Coassicurazione e delega (valida solo in caso di coassicurazione)

L'assicurazione è ripartita per quote tra le Società indicate nel riparto del premio e ciascuna di esse è tenuta alla prestazione in proporzione della rispettiva quota, quale risulta dal contratto. Tuttavia, a parziale deroga di quanto previsto dall'art. 1911 del C.C. ogni Società indicata nel riparto è obbligata solidalmente con le altre Società nei confronti del Contraente e dell'Assicurato per le obbligazioni assunte con la stipula dell'Assicurazione.

La Coassicuratrice Delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle Coassicuratrici indicate nel riparto alla gestione del contratto per loro conto. In particolare, tutte le comunicazioni inerenti al Contratto, ivi comprese quelle relative al recesso o alla disdetta ed alla gestione dei sinistri, si intendono fatte o ricevute dalla Coassicuratrice Delegataria in nome e per conto di tutte le Società coassicuratrici.

Le Società coassicuratrici riconoscono come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di gestione compiuti dalla Delegataria per conto comune fatta soltanto eccezione per l'incasso dei premi di polizza il cui pagamento verrà effettuato nei confronti di ciascuna Società.

La sottoscritta Società Delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle Coassicuratrici indicate negli atti suddetti (polizza e appendici) a firmarli anche in loro nome e per loro conto.

Pertanto la firma apposta dalla Società Delegataria sui Documenti di Assicurazione, li rende ad ogni effetto validi anche per le quote delle Coassicuratrici.

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

Art. 20 – Trattamento dei dati

Ai sensi del Dlgs 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679 e s.m.i, ciascuna delle parti (Contraente, Assicurato, Società, Broker) 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 agisce quindi in qualità di “autonomo titolare” del trattamento dei dati trattati per la gestione delle polizze e dei sinistri dell’Ente ai sensi delle citate norme di legge e si impegna ad osservare le istruzioni impartite dal Titolare nonché le inderogabili disposizioni normative finalizzate alla corretta esecuzione dei servizi e al rispetto degli obblighi contrattuali.

SEZIONE 3 - RISCHI ASSICURATI E LIMITAZIONI

Art. 1 - Oggetto dell’assicurazione

L’Assicurazione vale per gli infortuni che l’Assicurato subisca in occasione dell’espletamento delle attività e l’assolvimento dei compiti e dei servizi effettuati per conto del Contraente, compreso il rischio in itinere se previsto nella specifica categoria.

Anche in deroga a quanto previsto dagli artt. 1900 e 1012 del C.C. , si conviene di ricomprendere in garanzia anche:

- l'asfissia non di origine morbosa;
 - gli avvelenamenti o le intossicazioni conseguenti ad ingestione od assorbimento di sostanze tossiche;
 - il contatto con corrosivi o simili;
 - le affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi;
 - l'annegamento;
 - l'assideramento o congelamento;
 - la folgorazione e le scariche elettriche in generale;
 - i colpi di sole o di calore o di freddo;
 - le ustioni in genere;
-

- le lesioni determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico;
- gli infortuni derivanti da atti violenti e aggressioni in genere;
- gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismi, attentati, sequestri, rapine, azioni di dirottamento o di pirateria a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- gli infortuni derivanti da malore ed incoscienza;
- gli infortuni derivanti da imprudenza, imperizia e negligenza anche gravi e da atti di coraggio;
- gli infortuni derivanti dall'uso o guida di ciclomotori e motocicli di qualunque cilindrata, trattori e macchine agricole semoventi, veicoli a motore e natanti, a condizione che l'Assicurato in caso di guida sia in possesso, ove prescritto, di regolare patente di abilitazione alla guida medesima;
- gli infortuni causati da forze della natura compresi terremoto, maremoto, eruzione vulcanica, alluvioni, inondazioni, frane, smottamenti, valanghe, slavine;
- gli infortuni causati da influenze termiche ed atmosferiche;
- gli infortuni derivanti da abuso di alcolici, con l'esclusione di quelli subiti alla guida di veicoli e/o natanti in genere;
- vertigini;
- le infezioni derivanti da operazioni chirurgiche, trattamenti, cure mediche rese necessarie da infortunio;
- ernie traumatiche, ernie addominali da sforzo e strappi muscolari derivanti da sforzo; relativamente alle ernie addominali si conviene che:
 - qualora l'ernia (anche bilaterale) risulti operabile verrà corrisposta solamente l'indennità per il caso di inabilità temporanea, ove prevista, fino ad un massimo di 30 giorni;
 - qualora l'ernia (anche bilaterale) non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposto solamente un indennizzo non superiore al 10% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente.

Art. 2 – Garanzie operanti solo se richiamate nella categoria assicurata

Le garanzie di seguito indicate si intendono operanti solo se richiamate nella specifica categoria assicurata (Sez. 5 art. 1):

A. Rischio in itinere

tragitto dal luogo di residenza o domicilio al luogo di prestazione del servizio o dell'attività e viceversa effettuato con qualsiasi mezzo.

B. Rimborso spese mediche [OPZIONE BASE]

La Società garantisce, fino alla concorrenza del massimale indicato nella scheda della Sezione 5, le spese mediche documentate sostenute a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza (anche se sostenute allo scopo di ridurre o eliminare le conseguenze di danni estetici provocati dall'infortunio) per:

- accertamenti diagnostici ed esami in genere compresi gli esami di laboratorio;
- applicazione di apparecchi gessati, bendaggi e docce di immobilizzazione, artroscopia diagnostica ed operativa;
- visite mediche e specialistiche;
- onorari del chirurgo e di ogni altro componente l'equipe operatoria, i diritti di sala operatoria e il materiale di intervento, compresi i medicinali;
- apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento chirurgico;
- prestazioni medico-infermieristiche, medicinali, sangue, plasma;
- spese di ricovero e rette di degenza;
- cure mediche, compresi bagni forni e cure termali, e trattamenti fisioterapici rieducativi ;
- acquisto di apparecchi protesici ortopedici sostitutivi di parti anatomiche e protesi in genere;
- noleggio di apparecchi protesici e sanitari incluse carrozzelle ortopediche;
- spese farmaceutiche per medicinali prescritti dal medico a seguito dell'infortunio;
- i costi documentati eventualmente sostenuti dal Contraente/Assicurato per il trasporto dal luogo dell'infortunio ad un Istituto di Cura attrezzato, e/o tra Istituti di Cura e/o dall'Istituto di Cura al domicilio dell'Assicurato a mezzo auto-auto-ambulanza. La garanzia è valida anche in caso di infortunio che colpisce l'Assicurato nel corso di una missione o viaggio all'estero disposto dal Contraente e che rendano necessario il suo trasporto, con qualsiasi mezzo ritenuto idoneo dal medico curante, in un Istituto di cura/ospedale attrezzato in Italia.

La Società effettua il rimborso a cure ultimate previa presentazione dei documenti giustificativi di spesa che, se richiesto, dovranno essere inoltrati in originale.

La garanzia si intende prestata fino a concorrenza della somma indicata nella categoria assicurata.

B. Rimborso spese mediche [OPZIONE MIGLIORATIVA 1 VALE 15 PUNTI]

La Società garantisce, fino alla concorrenza del massimale indicato nella scheda della Sezione 5, le spese mediche documentate sostenute a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza (anche se sostenute allo scopo di ridurre o eliminare le conseguenze di danni estetici provocati dall'infortunio) per:

- accertamenti diagnostici ed esami in genere compresi gli esami di laboratorio;
-

- applicazione di apparecchi gessati, bendaggi e docce di immobilizzazione, artroscopia diagnostica ed operativa;
- visite mediche e specialistiche;
- onorari del chirurgo e di ogni altro componente l'equipe operatoria, i diritti di sala operatoria e il materiale di intervento, compresi i medicinali;
- apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento chirurgico;
- prestazioni medico-infermieristiche, medicinali, sangue, plasma;
- spese di ricovero e rette di degenza;
- cure mediche, compresi bagni forni e cure termali, e trattamenti fisioterapici rieducativi ;
- acquisto di apparecchi protesici ortopedici sostitutivi di parti anatomiche e protesi in genere;
- noleggio di apparecchi protesici e sanitari incluse carrozzelle ortopediche;
- spese farmaceutiche per medicinali prescritti dal medico a seguito dell'infornio;
- i costi documentati eventualmente sostenuti dal Contraente/Assicurato per il trasporto dal luogo dell'infornio ad un Istituto di Cura attrezzato, e/o tra Istituti di Cura e/o dall'Istituto di Cura al domicilio dell'Assicurato a mezzo auto-auto-ambulanza. La garanzia è valida anche in caso di infornio che colpisce l'Assicurato nel corso di una missione o viaggio all'estero disposto dal Contraente e che rendano necessario il suo trasporto, con qualsiasi mezzo ritenuto idoneo dal medico curante, in un Istituto di cura/ospedale attrezzato in Italia.

Limitatamente alla categoria D "Infornio alunni asili nido e scuole materne comunali"

Nel caso in cui non venga accertata I.P. residuale, le spese mediche e farmaceutiche documentate (comprese quelle dentistiche) sostenute a seguito di infornio regolarmente denunciato vengono rimborsate fino al limite massimo di € 150,00 per sinistro.

L'importo sopra indicato si intende sottolimito dell'importo assicurato per la garanzia rimborso spese mediche e non in eccedenza allo stesso.

La Società effettua il rimborso a cure ultimate previa presentazione dei documenti giustificativi di spesa che, se richiesto, dovranno essere inoltrati in originale.

La garanzia si intende prestata fino a concorrenza della somma indicata nella categoria assicurata.

B. Rimborso spese mediche [OPZIONE MIGLIORATIVA 2 VALE 20 PUNTI]

La Società garantisce, fino alla concorrenza del massimale indicato nella scheda della Sezione 5, le spese mediche documentate sostenute a seguito di infornio indennizzabile a termini di polizza (anche se sostenute allo scopo di ridurre o eliminare le conseguenze di danni estetici provocati dall'infornio) per:

- accertamenti diagnostici ed esami in genere compresi gli esami di laboratorio;
- applicazione di apparecchi gessati, bendaggi e docce di immobilizzazione, artroscopia diagnostica ed operativa;
- visite mediche e specialistiche;
- onorari del chirurgo e di ogni altro componente l'equipe operatoria, i diritti di sala operatoria e il materiale di intervento, compresi i medicinali;
- apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento chirurgico;
- prestazioni medico-infermieristiche, medicinali, sangue, plasma;
- spese di ricovero e rette di degenza;
- cure mediche, compresi bagni forni e cure termali, e trattamenti fisioterapici rieducativi ;
- acquisto di apparecchi protesici ortopedici sostitutivi di parti anatomiche e protesi in genere;
- noleggio di apparecchi protesici e sanitari incluse carrozzelle ortopediche;
- spese farmaceutiche per medicinali prescritti dal medico a seguito dell'infortunio;
- i costi documentati eventualmente sostenuti dal Contraente/Assicurato per il trasporto dal luogo dell'infortunio ad un Istituto di Cura attrezzato, e/o tra Istituti di Cura e/o dall'Istituto di Cura al domicilio dell'Assicurato a mezzo auto-ambulanza. La garanzia è valida anche in caso di infortunio che colpisce l'Assicurato nel corso di una missione o viaggio all'estero disposto dal Contraente e che rendano necessario il suo trasporto, con qualsiasi mezzo ritenuto idoneo dal medico curante, in un Istituto di cura/ospedale attrezzato in Italia.

Limitatamente alla categoria D "Infortuni alunni asili nido e scuole materne comunali"

Nel caso in cui non venga accertata I.P. residuale, le spese mediche e farmaceutiche documentate (comprese quelle dentistiche) sostenute a seguito di infortunio regolarmente denunciato vengono rimborsate fino al limite massimo di € 150,00 per sinistro.

Vengono altresì rimborsate, fino al limite massimo di € 150,00, le spese documentate sostenute per riparare e/o riacquistare occhiali e/o altre protesi utilizzate dall'assicurato, danneggiate in occasione di infortunio regolarmente denunciato, anche in assenza di I.P. residuale.

Gli importi sopra indicati si intendono quale sottolimito dell'importo assicurato per la garanzia rimborso spese mediche e non in eccedenza allo stesso.

La Società effettua il rimborso a cure ultimate previa presentazione dei documenti giustificativi di spesa che, se richiesto, dovranno essere inoltrati in originale.

La garanzia si intende prestata fino a concorrenza della somma indicata nella categoria assicurata.

C. Diaria per inabilità temporanea

La Società corrisponde, in caso di infortunio indennizzabile a termine di polizza che comporti una inabilità dell'Assicurato ad attendere le sue occupazioni professionali, l'indennità giornaliera indicata nella scheda della Sezione 5 fino al limite ivi stabilito, per ogni giorno di inabilità.

L'indennità è corrisposta come segue:

- a) integralmente per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica ad attendere alle attività professionali;
- b) al 50% per ogni giorno in cui l'Assicurato ha potuto attendere solo in parte alle attività professionali.

L'indennizzo per inabilità temporanea viene corrisposto per un periodo massimo di 365 giorni ed è cumulabile con quello dovuto per morte e invalidità permanente

La garanzia si intende prestata fino a concorrenza della somma indicata nella categoria assicurata.

D. Diaria da ricovero

Se in conseguenza di infortunio indennizzabile a termini di polizza l'Assicurato viene ricoverato in Istituto di Cura legalmente riconosciuto, la Società corrisponderà l'indennità giornaliera assicurata, pattuita per ogni giorno di ricovero, per un periodo massimo di 300 giorni.

Il giorno di ingresso e di dimissioni viene conteggiato come unico giorno.

La diaria viene liquidata dietro presentazione di copia della cartella clinica completa di dichiarazione dell'istituto di cura attestante la durata del ricovero.

L'indennizzo per diaria da ricovero è cumulabile con quelli dovuti per morte, invalidità permanente e inabilità temporanea.

La garanzia si intende prestata fino a concorrenza della somma indicata nella categoria assicurata.

E. Diaria da gessatura

Se in conseguenza di infortunio indennizzabile a termini di polizza all'Assicurato viene applicato un apparecchio gessato o un presidio immobilizzante equivalente la Società corrisponderà l'indennità giornaliera pattuita per ogni giorno di gessatura, per un periodo massimo di 180 giorni.

La giornata di applicazione della gessatura / presidio immobilizzante equivalente e quella di rimozione sono conteggiate unico giorno.

La diaria viene liquidata dopo la rimozione della gessatura e dietro presentazione di copia della documentazione medica completa di indicazione della durata effettiva della gessatura.

L'indennizzo per diaria da gesso è cumulabile con quelli dovuti per morte e invalidità permanente ma non con quello relativo alle diarie da ricovero e inabilità temporanea.

La garanzia si intende prestata, per ogni Assicurato, fino a concorrenza della somma indicata nella categoria assicurata.

F. Trasporto/rimpatrio resti mortali

La garanzia è estesa al rimborso delle spese sostenute per il trasporto/rimpatrio dei resti mortali dell'Assicurato, in caso di decesso a seguito di infortunio che lo colpiscano nel corso di una missione o viaggio (anche all'estero) disposto dal Contraente fino al luogo di sepoltura.

La garanzia si intende prestata fino a concorrenza della somma indicata nella categoria assicurata.

G. Danni estetici [OPZIONE BASE]

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 allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico, nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica.

La garanzia si intende prestata fino a concorrenza della somma indicata nella categoria assicurata.

G. Danni estetici [OPZIONE MIGLIORATIVA VALE 10 PUNTI]

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 allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico, nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica.

La garanzia si intende prestata fino a concorrenza del DOPPIO della somma indicata nella categoria assicurata.

H. Malattie tropicali

Limitatamente al caso di invalidità permanente l'Assicurazione è estesa alle malattie tropicali che potessero contrarre le persone assicurate.

Per malattie tropicali devono intendersi le seguenti: amebiasi, bilhariosi, dermatifo, dissenteria batterica, febbre ittero-emoglobinurica, meningite cerebro spinale epidermica, vaiolo, febbre ricorrente africana, infezione malarica perniziosa.

L'estensione di garanzia è subordinata alla circostanza che gli assicurati si trovino in perfette condizioni di salute e che siano stati preventivamente sottoposti alle prescritte pratiche di profilassi.

Per tale estensione di garanzia non si fa luogo ad indennizzo per invalidità permanente quando questa è di grado non superiore al 20% della invalidità totale.

Se invece l'invalidità permanente supera il 20% tale franchigia si intende annullata e verrà corrisposto l'indennizzo in rapporto al grado di invalidità permanente subito.

La garanzia si intende prestata fino a concorrenza della somma indicata nella categoria assicurata.

Art. 3 – Garanzie sempre operanti

Le garanzie di seguito indicate si intendono operanti anche se non richiamate nella specifica categoria assicurata:

A. Rischio aeronautico

L'assicurazione comprende gli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei effettuati in qualità di passeggero di velivoli ed elicotteri eserciti da società di traffico regolare, non regolare e di trasporto a domanda nonché da autorità civili e militari in occasione di traffico civile, da ditte e privati per attività turistica o di trasferimento e da società di lavoro aereo, esclusivamente durante il trasporto pubblico di passeggeri, ed è prestata per le somme corrispondenti a quelle assicurate con la presente polizza e per rischi da essa previsti.

Il cumulo delle somme assicurate, con questa garanzia o con altre assicurazioni, da chiunque stipulate a favore degli stessi Assicurati per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni, non potrà superare le somme assicurate:

- €1.500.000,00.= per il caso di morte
- €1.500.000,00.= per il caso invalidità permanente
- € .500,00.= per il caso di inabilità temporanea per persona e di:
 - € 5.500.000,00.= per il caso di morte
 - € 5.500.000,00.= per il caso di invalidità permanente
 - € 5.500,00.= per il caso di inabilità temporanea complessivamente per aeromobile.

In detta limitazione per aeromobile rientrano i capitali riferentesi ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze infortuni, unicamente se stipulate dallo stesso Contraente.

Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedessero gli importi sopraindicati, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno adeguate con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti.

Agli effetti della garanzia, il viaggio si intende cominciato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso.

B. Rischio guerra

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.

Art. 4 – Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni occorsi:

1. in occasione di eventi direttamente connessi allo stato di guerra dichiarata o non dichiarata salvo quanto previsto alla Sezione 3 Art. 3-B, “rischio guerra”;
2. durante la guida e l'uso di mezzi di locomozione aerea e la guida di mezzi subacquei, salvo quanto previsto all'art. alla Sezione 3 Art. 3-A “rischio aeronautico”;
3. in conseguenza di dolo o di azioni delittuose dell'Assicurato;
4. sotto influenza di stupefacenti, psicofarmaci ed allucinogeni assunti volontariamente fatto salvo se assunti a seguito di prescrizione medica;
5. in stato di ubriachezza alla guida di veicoli o natanti a motore in genere;
6. in conseguenza diretta od indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
7. in occasione della partecipazione a corse e gare (e relative prove) salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
8. dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove) che comportino l'uso o la guida di veicoli a motore e natanti, salvo che si tratti di regolarità pura.

Art. 5 – Persone escluse dall'assicurazione o non assicurabili

Non sono coperte dalla presente polizza:

1. le persone di età superiore a 80 (ottanta anni). Tuttavia per persone che raggiungano tale età nel corso del contratto di assicurazione, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa al compimento di detto termine, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti, dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso verranno restituiti a richiesta del Contraente;

[OPZIONE BASE]

2. indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco depressive o stati paranoici. L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi.

[OPZIONE MIGLIORATIVA VALE 10 PUNTI]

2. indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco depressive o stati paranoici. L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi.

Tuttavia laddove l'assicurazione sia prestata sulla base di disposizioni di legge o di contratti collettivi nazionali di lavoro, la presente esclusione non troverà applicazione.

Art. 6 – Limite di indennizzo per sinistri catastrofici

Nel caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più persone assicurate con la presente polizza in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà comunque superare l'importo di € 15.000.000,00. Qualora gli indennizzi complessivamente dovuti eccedano il limite sopraindicato, le somme spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotte in proporzione al rapporto che intercorre fra detto limite e il totale degli indennizzi dovuti.

Art. 7 – Misure restrittive (Sanctions Limitations Exclusions Clause)

VERSIONE 1 - Le Parti riconoscono che l'Italia adotta o è parte di organizzazioni internazionali che adottano provvedimenti di embargo o sanzionatori a carico di stati esteri che possono imporre restrizioni alla libertà delle parti di assumere o dare esecuzione ad obbligazioni contrattuali.

La Società, in qualità di assicuratore e/o riassicuratore, non sarà pertanto tenuta a prestare copertura né sarà tenuta al pagamento di alcun indennizzo e/o risarcimento né a riconoscere alcun beneficio in virtù della presente polizza, qualora la prestazione di tale copertura, il pagamento di tale indennizzo e/o risarcimento, o il riconoscimento di tale beneficio esponga la Società a sanzioni, divieti o restrizioni imposti da risoluzioni delle Nazioni Unite o a sanzioni commerciali ed economiche previste da provvedimenti della Repubblica Italiana, dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America.

VERSIONE 2 - Gli [Assicuratori] [Riassicuratori] non sono tenuti a fornire alcuna copertura o a disporre alcun risarcimento ai sensi del presente contratto, qualora ciò implichi qualsiasi tipo di violazione di legge o regolamento in materia di sanzioni internazionali, che esponga gli [Assicuratori] [Riassicuratori], la loro capogruppo o la loro controllante a qualsiasi violazione delle leggi e dei regolamenti in materia di sanzioni internazionali.

SEZIONE 4 - GESTIONE DEI SINISTRI

Art. 1 - Denuncia del sinistro e relativi obblighi

La denuncia dell'infortunio dovrà essere indirizzata al Broker o alla Società, entro 30 giorni dalla data dell'infortunio o dal momento in cui l'Assicurato od i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità e l'ufficio assicurazioni del Contraente ne abbia avuto notizia.

La denuncia deve contenere l'indicazione del luogo, del giorno e dell'ora dell'evento, nonché le cause che lo hanno determinato e dovrà essere corredata di certificato medico.

Avvenuto l'infortunio, l'Assicurato deve ricorrere alle cure di un medico e seguirne le prescrizioni e deve inoltrare, periodicamente e sino a guarigione avvenuta, copia dei certificati medici attestanti il decorso delle lesioni, nonché le fatture, notule e ogni altro documento comprovante le spese mediche o farmaceutiche sostenute e rimborsabili.

Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, dovrà essere dato immediatamente avviso alla Società.

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

Art. 2 - Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennità 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 derivante dalle condizioni preesistenti.

a) MORTE

L'indennizzo per il caso di morte è dovuto se la morte stessa si verifica - anche 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 l'invalidità permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, i beneficiari, o in difetto di designazione, gli eredi, dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso ed hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per morte - se superiore - e quello già pagato per invalidità permanente.

b) MORTE PRESUNTA

La Società dichiara che se il corpo dell'Assicurato non venisse trovato entro un anno a seguito di arenamento, affondamento e naufragio del mezzo di trasporto aereo, lacustre, fluviale o marittimo, nonché in caso di scomparsa per qualsiasi altra causa, fermo restando quanto previsto dalle Condizioni di Assicurazione, verrà riconosciuto l'indennizzo previsto per il caso di morte, considerando l'evento di cui sopra come infortunio.

Quando sia stato effettuato il pagamento delle indennità ed in seguito l'Assicurato ritorni o si abbiano di lui notizie sicure, la Società ha diritto alla restituzione delle intere somme pagate e relative spese, e l'Assicurato stesso potrà fare valere i diritti che eventualmente gli sarebbero spettati nel caso avesse subito lesioni indennizzabili a norma della presente convenzione.

Le lesioni corporali causate dall'esposizione agli elementi della natura dovuti ad un atterraggio di fortuna, arenamento, affondamento o naufragio del mezzo di trasporto sopra richiamato, sono peraltro garantite dalla presente polizza.

c) INVALIDITA' PERMANENTE

Se l'infortunio ha per conseguenza un'invalidità permanente e questa si verifica, anche successivamente alla scadenza della polizza, ma comunque entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquiderà per tale titolo e solo in questo caso una indennità calcolata sulla somma assicurata al momento dell'infortunio per l'invalidità permanente, come segue: la valutazione del grado di Invalidità Permanente sarà effettuata facendo riferimento alla Tabella allegata al D.P.R. del 30.06.1965 n.1124 (Settore Industria) con rinuncia alle franchigie stabilite, nonché alle successive eventuali modificazioni ed integrazioni in vigore fino al 24.07.2000, con l'intesa che le percentuali indicate nella Tabella anzidetta vengano riferite ai capitali assicurati per il caso di invalidità permanente totale. Per le voci non previste dalla DPR 1124 e successive modificazioni e integrazioni in vigore fino al 24.7.2000 verrà applicata la tabella prevista dal Dlgs 38/2000 con rinuncia alle franchigie stabilite.

La Società prende atto che se l'Assicurato risulta mancino il grado di invalidità per il lato destro sarà applicato al sinistro e viceversa.

Nel caso in cui l'Assicurato subisca un infortunio ad un arto superiore o ad una mano o ad un avambraccio e risultasse che questi erano gli unici perfettamente integri o tali che venissero usati come "destri" si dovrà tenere conto di ciò anche nella valutazione del grado di invalidità permanente.

In caso di valutazione della Invalidità Permanente di grado pari o superiore al 50%, verrà liquidata una somma pari al 100% della somma assicurata.

Il diritto all'indennità per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi, tuttavia:

nel caso in cui l'Assicurato muoia per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata, o comunque offerta in misura determinata, la Società pagherà l'importo liquidato od offerto ai beneficiari designati o, in difetto di designazione degli stessi, agli eredi legittimi;

□ nel caso in cui l'Assicurato muoia per causa indipendente dall'infortunio senza che l'indennità sia stata liquidata o offerta in misura determinata ma, sulla base della documentazione medica disponibile sia possibile quantificare tale indennizzo, la Società provvederà formulare proposta di indennizzo ai beneficiari designati o, in difetto di designazione degli stessi, agli eredi legittimi.

d) DIARIE

Qualora sia provato che l'infortunio ha causato l'inabilità temporanea o il ricovero o l'applicazione di gessature o di tutore immobilizzante equivalente, la Società con riferimento alla natura ed alla conseguenza delle lesioni riportate dall'Assicurato, liquida l'indennità giornaliera - se prevista per la categoria cui appartiene l'Assicurato - integralmente per il caso di ricovero o di applicazione di gessature o tutore immobilizzante e come previsto dall'apposito articolo 3 sezione 3 per i casi di inabilità temporanea. L'indennità cessa con il giorno della avvenuta guarigione risultante dal certificato medico; se però l'assicurato non trasmette tale certificato, viene considerata data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato medico regolarmente inviato. L'indennità viene corrisposta per il periodo massimo previsto alla Sezione 5 della presente polizza.

Le diarie non sono cumulabili tra loro. In caso di indennizzabilità per più diarie è data facoltà all'Assicurato di scegliere la liquidazione di quella avente durata o importo liquidabile maggiore.

e) SPESE MEDICHE

La Società rimborsa all'Assicurato, fino a concorrenza di quanto previsto alla Sezione 5, le spese documentate sostenute a seguito di infortunio.

Le spese mediche, verranno liquidate a presentazione di fatture, notule ecc.. La liquidazione potrà avvenire anche se non si è verificata la completa guarigione dell'Assicurato.

Art. 3 - Controversie

In caso di controversie di natura medica sulla indennizzabilità dell'infortunio nonché sulla misura dei rimborsi o sulla liquidabilità delle indennità, l'Assicurato e la Società si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere se ed in quale misura siano dovuti i rimborsi e le indennità a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo dalle Parti di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio medico.

Il collegio medico risiede ove ha sede l'Assicurato.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunererà il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle 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 obbligatorie per le parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale.

Art. 4 - Liquidazione dell'indennità

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquiderà l'indennità che risulti dovuta, ne darà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvederà al pagamento entro 60 giorni dalla ricezione dell'accettazione.

Gli indennizzi verranno corrisposti solo in Italia in Euro (€).

Art. 5 - Rinuncia all'azione di surroga

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto all'azione di surroga che potesse competere per l'art.1916 C.C. verso i responsabili dell'infortunio.

SEZIONE 5 – CATEGORIE E SOMME ASSICURATE – DETERMINAZIONE DEL PREMIO E REGOLAZIONE

Art. 1 – Categorie assicurate, garanzie e capitali assicurati

L'assicurazione è prestata alle condizioni tutte della presente polizza per le persone appartenenti alle categorie qui di seguito evidenziate e per le garanzie e le somme assicurate specificate della singola categoria.

Salvo espressa indicazione nella rispettiva categoria assicurata, il contratto non prevede l'applicazione di scoperti e franchigie.

CATEGORIA A - INFORTUNI AMMINISTRATORI (SINDACO, VICESINDACO, ASSESSORI, CONSIGLIERI)

L'Assicurazione copre per le garanzie ed i massimali sottoriportati gli infortuni subiti dagli Amministratori, limitatamente a tutte le attività espletate in connessione e/o collegamento con la carica dichiarata/mandato, compresi i tragitti effettuati a piedi o con mezzi di trasporto, comprese – a titolo esemplificativo e non limitativo - la partecipazione a riunioni, congressi, convegni, sopralluoghi per conto del Contraente e simili.

L'Assicurazione vale anche per gli infortuni subiti, in occasione della salita/discesa dal veicolo nonché, in caso di fermata del veicolo, durante le operazioni necessarie per la ripresa della marcia.

GARANZIA		SOMMA ASSICURATA
Caso Morte		€ 200.000,00
Caso Invalidità Permanente		€ 300.000,00
Rischio in itinere		garanzia compresa
Spese mediche e farmaceutiche da infortunio		€ 6.000,00
Diaria per Inabilità temporanea		garanzia non compresa
Diaria da ricovero		garanzia non compresa
Diaria da gessatura		garanzia non compresa
Trasporto/rimpatrio resti mortali		€ 3.000,00
Danni estetici		€ 3.000,00
Malattie tropicali – franchigia relativa al 20%		€ 260.000,00
NUMERO ASSICURATI PREVENTIVATO		42

CATEGORIA B - INFORTUNI DIPENDENTI UTILIZZATORI (CONDUCENTI E TRASPORTATI) VEICOLI DEL CONTRAENTE

L'Assicurazione è prestata contro gli infortuni subiti dai dipendenti utilizzatori (in qualità di conducenti o trasportati in occasione di missioni/adempimenti di servizio) di veicoli comprese le biciclette e le biciclette a pedalata assistita, di proprietà del Contraente, in uso esclusivo alla stessa in forza di contratti di comodato, locazione, leasing, noleggio e simili, per l'espletamento di missioni fuori dall'ufficio e comunque durante lo svolgimento delle funzioni assegnate, limitatamente al tempo strettamente necessario per l'esecuzione di dette prestazioni.

L'Assicurazione vale anche per gli infortuni subiti, in occasione della salita/discesa dal veicolo nonché, in caso di fermata del veicolo, durante le operazioni necessarie per la ripresa della marcia.

Poiché la presente assicurazione è stipulata dal Contraente anche nel proprio interesse e secondo quanto disposto dai relativi accordi collettivi nazionali gli importi liquidati in base alla presente polizza saranno detratti dalle somme eventualmente spettanti a titolo di equo indennizzo per lo stesso evento.

Per l'identificazione degli Assicurati si farà riferimento alla documentazione tenuta dal Contraente ai sensi di

Legge.

GARANZIA		SOMMA ASSICURATA
Caso Morte		€ 150.000,00
Caso Invalidità Permanente		€ 200.000,00
Rischio in itinere		garanzia non compresa
Spese mediche e farmaceutiche da infortunio		€ 6.000,00
Diaria per Inabilità temporanea		garanzia non compresa
Diaria da ricovero		garanzia non compresa
Diaria da gessatura		garanzia non compresa
Trasporto/rimpatrio resti mortali		€ 3.000,00
Danni estetici		€ 3.000,00
Malattie tropicali – franchigia relativa al 20%		garanzia non compresa
<i>NUMERO VEICOLI DI PROPRIETA' O IN USO ESCLUSIVO DEL CONTRAENTE</i>	N. 49 VEICOLI ISCRITTI AL PRA DI PROPRIETA' (esclusi i rimorchi) N. 4 VEICOLI ISCRITTI AL PRA IN USO ESCLUSIVO DEL COMUNE N. 38 BICICLETTE/BICICLETTE A PEDALATA ASSISTITA	

**CATEGORIA C - INFORTUNI DIPENDENTI UTILIZZATORI (CONDUCENTI E TRASPORTATI) VEICOLO PRIVATO
(esclusi mezzi pubblici e/o per il trasporto pubblico di passeggeri)**

L'Assicurazione è operante per gli infortuni occorsi ai dipendenti che subiscano infortunio in occasione di missioni o adempimenti di servizio fuori dall'ufficio, durante l'utilizzo (in qualità di conducente o di trasportato

autorizzato alla missione/prestazione di servizio) di veicoli non intestati al PRA al Contraente, o in uso esclusivo del Contraente o dallo stesso utilizzati in locazione, comodato, leasing o simili, limitatamente al tempo strettamente necessario per l'esecuzione di dette prestazioni.

L'Assicurazione vale anche per gli infortuni subiti, in occasione della salita/discesa dal veicolo nonché, in caso di fermata del veicolo, durante le operazioni necessarie per la ripresa della marcia.

Poiché la presente assicurazione è stipulata dal Contraente anche nel proprio interesse e secondo quanto disposto dai relativi accordi collettivi nazionali gli importi liquidati in base alla presente polizza saranno detratti dalle somme eventualmente spettanti a titolo di equo indennizzo per lo stesso evento.

Per l'identificazione degli Assicurati si farà riferimento alla documentazione tenuta dal Contraente ai sensi di Legge (registro missioni o documento equivalente).

GARANZIA		SOMMA ASSICURATA
Caso Morte		€ 150.000,00
Caso Invalidità Permanente		€ 200.000,00
Rischio in itinere		garanzia non compresa
Spese mediche e farmaceutiche da infortunio		€ 6.000,00
Diaria per Inabilità temporanea		garanzia non compresa
Diaria da ricovero		garanzia non compresa
Diaria da gessatura		garanzia non compresa
Trasporto/rimpatrio resti mortali		€ 3.000,00
Danni estetici		€ 3.000,00
Malattie tropicali – franchigia relativa al 20%		garanzia non compresa
NUMERO CHILOMETRI PREVENTIVATI		10.000

CATEGORIA D – INFORTUNI ALUNNI ASILI NIDO E SCUOLE MATERNE COMUNALI

L'assicurazione è operante per ogni infortunio che possa occorrere ai bimbi frequentanti gli asili nido comunali e le scuole materne comunali in occasione dello svolgimento di tutte le attività, didattiche e ricreative previste dagli Istituti, sia nelle sedi scolastiche che durante tutte le attività promosse dalle scuole stesse all'esterno quali, a titolo esemplificativo e non limitativo, gite, visite guidate, attività fisico-motorie, ecc..., e comunque per tutto il tempo in cui i bambini rimangono affidati alle predette strutture.

Premesso che il Comune è impegnato, negli ambiti di competenza determinati dalla legislazione nazionale e regionale vigente, a garantire i servizi che favoriscono la continuità dell'integrazione scolastica ed extrascolastica degli allievi con disabilità e che sulla base degli accordi di programma per l'integrazione scolastica e sociale degli allievi con disabilità per la provincia di Cremona è garantito il diritto all'educazione e all'istruzione della persona disabile, a parziale deroga di quanto previsto alla Sezione 4 Art. 2 "Persone escluse dall'Assicurazione o non assicurabili" si conviene espressamente di ricomprendere in garanzia i soggetti ammessi a frequentare le scuole comunali ancorché affetti dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco depressive o stati paranoici.

Preso atto negli asili nido comunali l'anno scolastico inizia indicativamente il 1 settembre e termina indicativamente il 31 luglio di ogni anno, e nelle scuole materne l'anno scolastico inizia indicativamente il 1 settembre e termina indicativamente il 30 di giugno, ai fini del conteggio del premio si conviene di equiparare l'anno scolastico all'anno solare.

Nel caso in cui uno o più degli istituti scolastici dovesse prevedere il proseguimento dell'attività a favore degli alunni già iscritti alle scuole comunali per l'anno scolastico appena concluso, anche nei mesi di agosto (asili nido) e/o luglio e agosto (scuole materne) la copertura assicurativa opererà senza soluzione di continuità anche per tali periodi.

(OPZIONE BASE)

GARANZIA	SOMMA ASSICURATA
Caso Morte	€ 30.000,00
Caso Invalidità Permanente	€ 60.000,00
Rischio in itinere	garanzia non compresa
Spese mediche e farmaceutiche da infortunio	€ 6.000,00
Diaria per Inabilità temporanea	garanzia non compresa
Diaria da ricovero	garanzia non compresa
Diaria da gessatura	garanzia non compresa
Trasporto/rimpatrio resti mortali	€ 3.000,00
Danni estetici	€ 3.000,00

Malattie tropicali – franchigia relativa al 20%	garanzia non compresa
NUMERO ASSICURATI PREVENTIVATO	800

(OPZIONE MIGLIORATIVA VALE 15 PUNTI)

GARANZIA	SOMMA ASSICURATA
Caso Morte	€ 50.000,00
Caso Invalidità Permanente	€ 100.000,00
Rischio in itinere	garanzia non compresa
Spese mediche e farmaceutiche da infortunio	€ 6.000,00
Diaria per Inabilità temporanea	garanzia non compresa
Diaria da ricovero	garanzia non compresa
Diaria da gessatura	garanzia non compresa
Trasporto/rimpatrio resti mortali	€ 3.000,00
Danni estetici	€ 3.000,00
Malattie tropicali – franchigia relativa al 20%	garanzia non compresa
NUMERO ASSICURATI PREVENTIVATO	800

CATEGORIA E - INFORTUNI VOLONTARI IN GENERE

La garanzia deve intendersi prestata per gli infortuni subiti da volontari (compresi i volontari del Servizio Civile Regionale se presenti) durante lo svolgimento delle attività attribuite agli stessi dal Comune di Cremona quali, a titolo esemplificativo e non limitativo, lavori amministrativi e di segreteria, gestione di parchi e giardini, attività di sgombero neve, piccole manutenzioni, attività socio-educative, attività commerciali, attività agricole e connesse all'allevamento e alla gestione di animali, ecc. anche con l'impiego di attrezzature e macchinari e con

l'utilizzo di qualsiasi mezzo di trasporto.

L'Assicurazione vale anche per gli infortuni subiti, in occasione della salita/discesa dal veicolo nonché, in caso di fermata del veicolo, durante le operazioni necessarie per la ripresa della marcia

Per l'identificazione degli assicurati si farà riferimento ai documenti tenuti dal Contraente e/o dal Responsabile delle attività dei volontari a termini di Legge.

GARANZIA		SOMMA ASSICURATA
Caso Morte		€ 150.000,00
Caso Invalidità Permanente		€ 200.000,00
Rischio in itinere		garanzia compresa
Spese mediche e farmaceutiche da infortunio		€ 6.000,00
Diaria per Inabilità temporanea		garanzia non compresa
Diaria da ricovero		garanzia non compresa
Diaria da gessatura		garanzia non compresa
Trasporto/rimpatrio resti mortali		€ 3.000,00
Danni estetici		€ 3.000,00
Malattie tropicali – franchigia relativa al 20%		garanzia non compresa
NUMERO GIORNATE PRESENZA PREVENTIVATO		1.000

Art. 2 - Calcolo del premio e modalità di applicazione della regolazione

Il Contraente versa, a titolo di deposito premio convenuto, l'importo riportato nella seguente tabella "scomposizione del premio" rappresentante il totale degli importi per singola categoria calcolati sulla base dei tassi e premi sottoriportati.

Al termine di ogni annualità la Società calcola il premio dovuto sulla base delle variazioni comunicate dal Contraente in sede di regolazione, il cui pagamento verrà effettuato ai sensi della Sezione 2 art. 4 "Pagamento del premio – operatività della garanzia - regolazione premio" della presente polizza.

Non vi è obbligo per il Contraente di comunicare in corso di periodo assicurativo le variazioni di numero di persone, veicoli assicurati, o qualsiasi altro dato variabile.

Essendo l'assicurazione prestata in forma non nominativa in base al numero degli assicurati ed altri elementi variabili riportati per ogni categoria all'art.1 della presente Sezione il conteggio della regolazione del premio

verrà effettuato come segue:

- per le categorie assicurate sulla base del numero degli assicurati e/o numero dei veicoli assicurati, in sede di regolazione premio dovrà essere comunicato il n. degli assicurati/veicoli con l'indicazione della rispettiva data di inclusione/esclusione e il premio verrà regolato sul periodo effettivo di copertura in ragione di 1/360 giorni di presenza.
- per la categoria D "alunni asili nido" e "alunni scuole materne" dovrà essere comunicato il n. di bambini regolarmente iscritti nel periodo di riferimento, indipendentemente dalla effettiva frequenza".
- per le categorie assicurate sulla base del numero di giornate presenza e del numero di chilometri in sede di regolazione premio dovrà essere comunicato il numero delle giornate presenza effettuate e il numero dei chilometri percorsi nel periodo di riferimento.

CATEGORIA	TIPOLOGIA DATO VARIABILE	DATI PREVENTIVATI	PREMIO LORDO PROCAPITE O TASSO LORDO PROCAPITE	TOTALE PREMIO LORDO
CAT. A – AMMINISTRATORI	N. ASSICURATI	42		
CAT. B – UTILIZZATORI VEICOLI COMUNE	N. VEICOLI	91		
CAT. C – UTILIZZATORI VEICOLI PRIVATI PER SERVIZIO	N. CHILOMETRI	10.000		
CAT. D – ALUNNI ASILI NIDO E SCUOLE MATERNE	N. ASSICURATI	800		
CAT. E – VOLONTARI IN GENERE	N. GIORNATE PRESENZA	1.000		
			TOTALE	

Scomposizione del premio

Premio annuo imponibile	€	.	=
Imposte	€	.	=
TOTALE	€	.	=

Art.3 – Riparto di coassicurazione (opzionale)

Il rischio viene ripartito tra le seguenti Società secondo le percentuali qui di seguito indicate:

Società	Agenzia	Percentuale di ritenzione

Il Contraente

La Società

Art. 4 – Clausole vessatorie

Agli effetti degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile il Contraente e la Società dichiarano di approvare specificatamente le seguenti clausole:

Sezione 2 Art. 1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Sezione 2 Art. 2 Assicurazione presso diversi assicuratori

Sezione 2 Art. 3 Durata del contratto

Sezione 2 Art. 4 Pagamento del premio – decorrenza della garanzia – regolazione del premio

Sezione 2 Art. 5 aggravamento del rischio successivamente all’aggiudicazione del contratto

Sezione 2 Art. 6 disciplina dei casi di recesso dall’assicurazione

Sezione 2 Art. 10 Foro competente

Sezione 2 Art. 15 Estensione territoriale

Sezione 2 Art. 16 Obbligo di fornire i dati sull’andamento del rischio

Sezione 2 Art. 20 Coassicurazione e delega

Sezione 3 Art. 4 Esclusioni

Sezione 3 Art. 7 Misure restrittive (Sanctions Limitations Exclusion Clause)

Sezione 4 Art. 2 Criteri di indennizzabilità

Sezione 4 Art. 3 Controversie

E' facoltà della Società estendere l'indicazione delle clausole che necessitano della specifica approvazione per iscritto ex artt. 1341 e 1342 del C.C. che, a tal fine, dovrà provvedervi in sede di emissione dei documenti contrattuali.

Il Contraente

La Società
