

ALLEGATO C)

**POLIZZA DI ASSICURAZIONE
INFORTUNI CUMULATIVA**



Cremona

COMUNE DI CREMONA

COMUNE DI CREMONA

Piazza del Comune n. 8

26100 CREMONA

Partita Iva: 00297960197

CODICE CIG: _____

Durata del contratto

dalle ore	24,00 del	31.12.2025
alle ore	24,00 del	31.12.2028

Con scadenze dei periodi di assicurazione
successivi al primo, fissati

Alle ore 24:00 di ogni	31.12
------------------------	-------

SOMMARIO

PREMESSA	5
SEZIONE 1 - DEFINIZIONI, DESCRIZIONE ATTIVITA' E IDENTIFICAZIONE DEGLI ASSICURATI	5
Art. 1 - Definizioni.....	5
Art. 2 – Descrizione dell’Attività.....	7
Art. 3 – Identificazione degli Assicurati– Inserimento nuove categorie– esonero denuncia generalità e infermità fisiche.....	7
SEZIONE 2 NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE	8
Art.1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – Buona fede.....	8
Art. 2 – Assicurazioni presso diversi Assicuratori.....	8
Art. 3 – Durata del contratto.....	9
Art. 4 – Pagamento del premio - decorrenza della garanzia –regolazione premio.....	9
Art. 5 - Variazione del rischio successivamente all’aggiudicazione del contratto.....	10
Art. 6 – Revisione dei prezzi.....	11
Art. 7– Disciplina dei casi di recesso dall’assicurazione.....	11
Art. 8 – Prova del Contratto e modifiche dell’assicurazione.....	13
Art. 9 - Forma delle comunicazioni.....	13

Art. 10 – Oneri fiscali.....	13
Art. 11– Foro competente.....	13
Art. 12 - Rinvio alle norme di legge.....	13
Art. 13 - Interpretazione del contratto.....	13
Art. 14 – Ispezioni e verifiche della Società.....	13
Art. 15 – Titolarità dei diritti nascenti della polizza.....	14
Art. 16 – Estensione territoriale.....	14
Art. 17 – Obbligo di fornire i dati sull’andamento del rischio.....	14
Art. 18 – Clausola Broker.....	14
Art. 19 - Tracciabilità dei Flussi Finanziari ex Legge 136/2010 e s. m. e i.....	15
Art. 20 – Coassicurazione e delega (valida solo in caso di coassicurazione).....	15
Art. 21 - Misuse restrittive (Sanctions Limitations Exclusion Clause).....	16
Art. 22 – Trattamento dei dati.....	16
SEZIONE 3 RISCHI ASSICURATI E LIMITAZIONI.....	16
Art. 1 - Oggetto dell’assicurazione.....	16
Art. 2 – Garanzie operanti solo se richiamate nella categoria assicurata.....	18
Art. 3 – Garanzie sempre operanti.....	21
Art. 4 – Esclusioni.....	23
Art. 5 – Persone escluse dall’assicurazione o non assicurabili.....	23

Art. 6 – Limite di indennizzo per sinistri catastrofici.....	24
SEZIONE 4 - GESTIONE DEI SINISTRI.....	24
Art. 1 - Denuncia del sinistro e relativi obblighi.....	24
Art. 2 - Criteri di indennizzabilità.....	24
Art. 3 - Controversie.....	27
Art. 4 - Liquidazione dell'indennità.....	28
Art. 5 - Rinuncia all'azione di surroga.....	28
SEZIONE 5 - CATEGORIE E SOMME ASSICURATE – DETERMINAZIONE DEL PREMIO.....	28
Art. 1 – Categorie assicurate, garanzie e capitali assicurati.....	29
Art. 2 - Calcolo del premio.....	38
Art. 3 – Riparto di coassicurazione.....	40
Art. 4 - Clausole vessatorie.....	41

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
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 o la degenza diurna (day hospital) di almeno 6 ore consecutive
Rischio in itinere	Tragitto dal luogo di residenza o domicilio al luogo di lavoro/luogo di svolgimento dell'attività, del mandato o dell'incarico, 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
Veicolo	Mezzi di locomozione iscritti al PRA (esclusi i rimorchi)

Art. 2 – Descrizione dell'Attività

Ente territoriale – Comune.

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

Art. 3 – Identificazione degli Assicurati– Inserimento nuove categorie– esonero denuncia generalità e infermità fisiche

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 dal Contraente e/o dal Broker o dalle ore 24.00 della data indicata nella richiesta se posteriore a quella di inoltro.

La Società 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 - decorrenza della garanzia – regolazione premio".

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 – Buona fede

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 da parte del Contraente di circostanze aggravanti il rischio, come le incomplete ed inesatte dichiarazioni all'atto della stipulazione della polizza e/o 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 variazione del rischio, così come previsto dal successivo Art. 5 "Variazione del rischio successivamente all'aggiudicazione del contratto".

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, in caso di sinistro, 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 31.12.2025 e scadenza alle ore 24.00 del 31.12.2028 senza tacito rinnovo

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 sei mesi rispetto a ciascuna scadenza anniversaria.

E' facoltà del Contraente, in caso di cessazione del contratto per qualsiasi motivo, compreso l'eventuale esercizio dell'opzione di recesso da parte di una delle Parti, richiedere una proroga temporanea della presente assicurazione, finalizzata all'espletamento o 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/i periodo/i richiesto/i, purché non eccedente/i, i 6 mesi decorrenti dalla scadenza del contratto.

Intervenuta disponibilità di convenzioni Consip o accordi quadro resi disponibili da centrali di committenza (art. 1, comma 13, DL 95/2012 convertito in Legge 135/2012).

L'Amministrazione si riserva di recedere dal contratto qualora accerti la disponibilità di nuove convenzioni Consip o accordi quadro di centrali di committenza che rechino condizioni più vantaggiose rispetto a quelle praticate dall'affidatario, nel caso in cui l'impresa non sia disposta ad una revisione del prezzo in conformità a dette iniziative. Il recesso diverrà operativo previo invio di apposita comunicazione, e fissando un preavviso non inferiore ai 15 giorni. In caso di recesso verranno pagate al fornitore le prestazioni già eseguite ed il 10% di quelle non ancora eseguite.

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 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 che il Contraente si impegna a comunicare alla Società entro 120 giorni dal termine del periodo assicurativo di riferimento.

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.

In caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio con effetto dalla rata successiva dalla data di comunicazione del Contraente e/o dell'Assicurato e rinuncia al relativo diritto di recesso di cui all'Art. 1897 del Codice Civile.

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 – Revisione dei prezzi

E' ammessa la revisione prezzi di contratto ai sensi dell'art 60 del D. Lgs.36/2023 e dell'allegato II.2-bis al medesimo, a condizione che non venga alterata la natura generale del contratto.

La revisione prezzi si applica al verificarsi di particolari condizioni di natura oggettiva che determinano una variazione del costo della fornitura/servizio, in aumento o in diminuzione, superiore al 5 per cento dell'importo complessivo e opera nella misura dell'80 per cento del valore eccedente la variazione del 5 per cento applicata alle prestazioni da eseguire.

La clausola di revisione dei prezzi è attivata automaticamente dalla stazione appaltante quando la variazione dell'indice sintetico stabilito nel successivo periodo supera in aumento o in diminuzione la soglia del 5 per cento dell'importo del contratto quale risultante dal provvedimento di aggiudicazione. Si applica l'allegato II.2-bis.

La variazione è calcolata come differenza tra il valore dell'indice al momento della rilevazione e il corrispondente valore al mese del provvedimento di aggiudicazione. In caso di sospensione o proroga dei termini di aggiudicazione nelle ipotesi di cui all'articolo 1, commi 3, 4 e 5 dell'Allegato I.3 del D. Lgs. n. 36/2023, il valore di riferimento per il calcolo della variazione è quello relativo al mese di scadenza del termine massimo per l'aggiudicazione, come individuato dall'art. 1, commi 1 e 2 del predetto Allegato.

Atteso che il CPV prevalente 66512100-3 non rientra nelle Tabelle (D1 o D2 o D3) dell'allegato II.2-bis, ai fini della determinazione della variazione del prezzo si utilizzerà l'indice IR (*Indice della retribuzione contrattuale oraria per la categoria K "Attività finanziarie e assicurative*).

Il monitoraggio dell'andamento dell'indice avverrà con frequenza annuale, a partire dall'anno successivo all'inizio del servizio.

L'adeguamento sarà operato sulla base di apposita istruttoria, e, se riconosciuto, si procederà all'integrazione del premio assicurativo.

Nel caso in cui l'adeguamento non fosse riconosciuto la Società avrà diritto di recedere dal contratto assicurativo come previsto all'art. 7 "Disciplina dei casi di recesso" punto 7.4.

Art. 7– Disciplina dei casi di recesso dall'assicurazione

7.1) 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 180 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.

7.2) Recesso per aggravamento del rischio

Al verificarsi delle ipotesi di variazione del rischio prevista all'Art. 5 "Variazioni del rischio successivamente all'aggiudicazione del contratto" la Società può recedere dal contratto di assicurazione con preavviso non inferiore a 180 giorni, da comunicarsi al Contraente tramite Raccomandata o PEC entro, e non oltre, tre mesi dal giorno in cui la Società ha ricevuto comunicazione circa la variazione del rischio.

7.3) Recesso a seguito di sinistro

Tale condizione non si applica al presente contratto.

7.4) Recesso per mancato accordo ai sensi dell'art. 6 "Revisione dei prezzi"

Al verificarsi delle ipotesi di mancato accordo circa l'adeguamento del premio ai sensi dell'Art. 6 "Revisione dei prezzi" la Società può recedere dal contratto di assicurazione con preavviso non inferiore a 180 giorni, da comunicarsi al Contraente tramite Raccomandata o PEC entro, e non oltre, tre mesi dal giorno in cui la Società ha ricevuto comunicazione di mancata accettazione della revisione da parte del Contraente.

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. 17 "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. 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/adeguamento premio".

Art. 8 – 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. 9 - Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente e la Società sono tenuti 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 ecc.

Art. 10 – 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. 11– 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 il Contraente ha sede legale.

Art. 12 - Rinvio alle norme di legge

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

Art. 13 - 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. 14 – 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 benessere dell'Assicurato.

Art. 15 – 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 medesimo.

Art. 16 – Estensione territoriale

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

Art. 17 – Obbligo di fornire i dati sull'andamento del rischio

La Società, entro 3 mesi dal termine di ogni annualità assicurativa, 120 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 30 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.

L'elaborato dovrà essere fornito in formato excel sia in formato modificabile che in formato non modificabile.

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 15 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. 18 – 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.

Nella formulazione del premio la Società ha tenuto conto anche del costo della provvigione per il servizio di brokeraggio assicurativo, attualmente previsto nella misura del 8% del premio imponibile.

Nell'eventualità la gestione del presente contratto sia affidata ad un corrispondente o Coverholder di Lloyd's Insurance Company, si prende e si da atto che:

Ogni comunicazione effettuata al corrispondente si considererà come effettuata alla Società(Assicuratori);

Ogni comunicazione effettuata dal corrispondente si considererà come effettuata dalla Società (Assicuratori).

Ogni comunicazione effettuata al Broker incaricato dal corrispondente s'intenderà come fatta all'Assicurato;

Ogni comunicazione effettuata dal Broker incaricato al corrispondente si intenderà come effettuata dal Contraente/Assicurato stesso.

Art. 19 - 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. 20 – 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 esclusa fin d'ora ogni responsabilità solidale.

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. 21 - Misuse restrittive (Sanctions Limitations Exclusion Clause)

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.

Art. 22 – 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.

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 1912 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 in genere e natanti, a condizione che l'Assicurato, se conducente, sia in possesso, ove prescritto, di regolare patente di abilitazione alla guida;
- 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 conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche, comprese le infezioni derivanti da operazioni chirurgiche, e trattamenti e cure mediche rese necessarie da infortunio;
- ernie traumatiche, ernie addominali da sforzo e strappi muscolari derivanti da sforzo.

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.

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 e/o dell'attività e viceversa effettuato con qualsiasi mezzo.

B. Rimborso spese mediche

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).

Nel caso in cui le prestazioni vengano fornite dal Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborserà la quota di spesa rimasta a carico dell'Assicurato (ticket).

Le spese mediche ricomprese in garanzia sono le seguenti:

- 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;
- cure odontoiatriche compresa la sola prima protesi;
- 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;

La Società garantisce inoltre le spese documentate eventualmente sostenute 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, per ogni Assicurato, 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 pattuita per ogni giorno di inabilità per il periodo massimo indicato nella categoria assicurata.

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) parzialmente per ogni giorno in cui l'Assicurato ha potuto attendere solo in parte alle attività professionali.

L'indennizzo per inabilità temporanea è cumulabile con quello dovuto per morte e invalidità permanente ma non con quello relativo alle diarie per ricovero o gessatura.

La garanzia si intende prestata, per ogni Assicurato, 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 pattuita per ogni giorno di ricovero per il periodo massimo indicato nella categoria assicurata.

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

Il ricovero in regime di day hospital è indennizzato riducendo del 50% la diaria giornaliera.

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 e invalidità permanente ma non con quello relativo alle diarie per gessatura e inabilità temporanea.

La garanzia si intende prestata, per ogni Assicurato, 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 il periodo massimo indicato nella categoria assicurata.

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 dal luogo del decesso fino al luogo di sepoltura, nei casi di decesso a seguito di infortunio che lo colpiscano nel corso di una missione o viaggio (anche all'estero) disposto dal Contraente, oppure in occasione attività assicurate in polizza quali, a titolo esemplificativo e non limitativo, gite, viaggi, espletamento di attività fuori sede ecc. per le categorie che prevedono tali opzioni.

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

G. Danni estetici

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

La garanzia si intende prestata, per ogni Assicurato, fino a concorrenza 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 perniciosa.

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:

- € 2.500.000,00.= per il caso di morte
- € 2.500.000,00.= per il caso invalidità permanente
- € 1.500,00.= per il caso di inabilità temporanea

per persona e di:

- € 10.000.000,00.= per il caso di morte
- € 10.000.000,00.= per il caso di invalidità permanente
- € 10.000,00.= 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.

C. Servizio militare

Per quanto riguarda il personale alle dirette dipendenze del Contraente, durante il servizio militare di leva in tempo di pace o durante il servizio sostitutivo dello stesso ed i richiami per esercitazione, l'assicurazione resta valida ma con l'esclusione degli infortuni derivati dallo svolgimento delle attività tipiche di tali servizi. L'assicurazione è invece operante nei confronti di coloro che esplicano il servizio sostitutivo di quello militare di leva quali addetti ai corpi di polizia municipale o altre forme previste dalla legge in materia.

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:

- le persone di età superiore a 80 (ottanta anni). Tuttavia per persone che raggiungano il limite di 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;
- indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcoolismo e/o tossicodipendenza.

L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi.

Art. 6 – Limite di indennizzo per sinistri catastrofali

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.

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 45 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 tali spese 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.

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.

Nel caso in cui la polizza sia stata stipulata in ottemperanza al CCNL applicabile all'Assicurato, la somma per il caso di morte sarà corrisposta ai soggetti cui spetta obbligatoriamente in forza del citato CCNL. In mancanza di tali soggetti, l'indennizzo sarà corrisposto 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.

E' parificato al caso di morte lo stato di coma irreversibile da infortunio dichiarato da apposito Collegio medico nominato dalla Direzione Sanitaria dell'istituto dove è ricoverato l'Assicurato.

MORTE PRESUNTA

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, compresi i casti di arenamento, affondamento e naufragio del mezzo di trasporto aereo, lacustre, fluviale o marittimo, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato e si presume sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà ai beneficiari il capitale previsto per il caso di morte.

La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi 6 mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta ex art. 62 del C.C..

Qualora, dopo il pagamento delle indennità, risulti che la morte non si è verificata oppure che il decesso non è avvenuto a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, la Società avrà diritto alla restituzione dell'intera somma pagata e delle relative spese.

A restituzione dell'intera somma liquidata, l'Assicurato non deceduto potrà fare valere i diritti che eventualmente gli sarebbero spettati nel caso avesse subito lesioni indennizzabili a norma della presente polizza, anche se nel frattempo fossero trascorsi oltre 2 anni dall'evento subito e senza possibilità per la Società di invocare i termini di prescrizione che, inizieranno a decorrere da tale momento.

Si precisa che 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 garantite dalla presente polizza.

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.

La perdita totale e irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se si tratta di minorazione le percentuali vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta. Nei casi di perdita anatomica o funzionali di più organi o arti, l'indennità viene stabilita mediante addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al massimo del 100%.

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

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

Nel caso di ernia da infortunio (ernia traumatica) l'indennità è stabilita come segue:

- 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 corrisposta solamente un indennizzo non superiore al 10% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente.

Qualora insorga contestazione circa l'operabilità o meno dell'ernia, la decisione sarà rimessa al collegio arbitrale di cui all'art. 3 Controversie della presente Sezione.

Qualora persista una "non funzionalità totale di un organo o di un arto" e le conseguenze dell'infortunio comportino, a causa di tale preesistente menomazione, una invalidità permanente "bilaterale" viene liquidata un'indennità pari:

- al 100% della totale nel caso di perdita totale e irrimediabile dell'uso funzionale dell'organo o arto sano;
- al doppio del grado di invalidità accertata (fino al massimo del 100%) nel caso di perdita parziale dell'uso funzionale dell'organo o arto sano.

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.

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 2 lettera D 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.

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.

SPESE MEDICHE

La Società rimborsa all'Assicurato, fino a concorrenza di quanto previsto nella categoria assicurata di cui all'art. 1 della 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.

La Società, entro 10 giorni dalla nomina del terzo medico, convoca il Collegio invitando l'Assicurato a presentarsi.

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 rifiuta 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 (€).

Qualora trascorsi 3 mesi da termine delle cure mediche sia ragionevolmente prevedibile che all'Assicurato residui una invalidità permanente di grado pari o superiore al 25% (venticinque per cento), la Società metterà a disposizione dell'infortunato un anticipo pari al 50% di quello che spetterebbe in base alla previsione, con riserva di successivo accertamento e conguaglio; il pagamento di tale anticipazione avverrà entro 60 giorni dal ricevimento, da parte della Società, della certificazione medica da cui risulti l'entità presunta della invalidità.

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

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.

Somme assicurate e scoperti e franchigie si intendono per sinistro/assicurato.

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

CATEGORIA A - AMMINISTRATORI E SEGRETARIO COMUNALE

[Sindaco, Vicesindaco, Assessori e Consiglieri]

L'Assicurazione copre per le garanzie ed i massimali sottoriportati gli infortuni subiti dagli Amministratori, limitatamente all'espletamento di 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 è operante anche per gli infortuni subiti dagli assicurati in seguito ad aggressioni o atti violenti che abbiano movente politico, sociale o sindacale, anche fuori dall'orario di lavoro e/o fuori dai luoghi di svolgimento di mandati o di incarichi, sempre che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva

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

E' compreso il rischio in itinere, sia a piedi che alla guida di qualsiasi mezzo.

Elevazione dell'indennità assicurata in caso di morte da aggressione

La Società, per il solo caso di morte determinata da aggressione, atti di terrorismo o attentato, ai danni delle persone assicurate, corrisponderà l'indennità prevista in polizza per il caso di morte, maggiorata del 50%.

Per l'identificazione degli assicurati si farà riferimento ai documenti tenuti dal Contraente .

GARANZIA	SOMMA ASSICURATA
Caso Morte	€ 200.000,00
Caso Invalidità Permanente	€ 300.000,00
Spese mediche e farmaceutiche da infortunio compreso il trasporto sanitario	€ 6.000,00
Spese Trasporto/rimpatrio resti mortali	€ 3.000,00
Diaria da ricovero	non compresa
Diaria da gessatura	non compresa
Diaria da inabilità temporanea	non compresa
Danni estetici	€ 6.000,00
Malattie tropicali	€ 260.000,00
Operatività della polizza	Rischio professionale + rischio in

		itinere
N. ASSICURATI PREVENTIVATI	42	

CATEGORIA B - UTILIZZATORI (CONDUCENTI E TRASPORTATI) VEICOLI DI PROPRIETA' DEL CONTRAENTE

L'Assicurazione è prestata contro gli infortuni subiti dai soggetti utilizzatori (in qualità di conducenti o trasportati) di veicoli, di proprietà del Contraente, o in uso esclusivo allo stesso in forza di contratti di comodato, locazione, leasing, noleggio e simili, per l'espletamento di missioni e/o adempimenti di servizio fuori della sede lavorativa autorizzati dal Contraente e/o per l'espletamento del servizio di reperibilità previsto dalla funzione, 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.

Restano esclusi dalla presente categoria gli appartenenti alle categorie già assicurate con la presente polizza.

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 ai documenti tenuti dal Contraente

GARANZIA	SOMMA ASSICURATA
Caso Morte	€ 150.000,00
Caso Invalidità Permanente	€ 200.000,00
Spese mediche e farmaceutiche da infortunio compreso il trasporto sanitario	€ 6.000,00
Spese Trasporto/rimpatrio resti mortali	€ 3.000,00

Diaria da ricovero	non compresa
Diaria da gessatura	non compresa
Diaria da inabilità temporanea	non compresa
Danni estetici	€ 6.000,00
Malattie tropicali	non compresa
Operatività della polizza	Rischio professionale, escluso rischio in itinere
N. VEICOLI DI PROPRIETA O IN USO ESCLUSIVO AL CONTRAENTE	<p>N. VEICOLI DI PROPRIETA' DEL CONTRAENTE (esclusi i rimorchi): 43</p> <p>N. VEICOLI NON DI PROPRIETA' IN USO ESCLUSIVO AL CONTRAENTE: 5</p> <p>BICICLETTE E BICICLETTE A PEDALATA ASSISTITA/ELETTRICHE: 30</p>

CATEGORIA C - 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, al segretario/direttore generale e, in generale, a tutti i soggetti autorizzati dal Comune Contraente, 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.

Restano esclusi dalla presente categoria gli appartenenti alle altre categorie già assicurate con la presente polizza anche in occasione dell'utilizzo dei mezzi di trasporto privati.

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 (registro missioni, adempimenti di servizio o documento equivalente).

GARANZIA		SOMMA ASSICURATA
Caso Morte		€ 150.000,00
Caso Invalidità Permanente		€ 200.000,00
Spese mediche e farmaceutiche da infortunio compreso il trasporto sanitario		€ 6.000,00
Spese Trasporto/rimpatrio resti mortali		€ 3.000,00
Diaria da ricovero		non compresa
Diaria da gessatura		non compresa
Diaria da inabilità temporanea		non compresa
Danni estetici		€ 6.000,00
Malattie tropicali		non compresa
Operatività della polizza		Rischio professionale, escluso rischio in itinere
N. KM (minimi acquisiti)	10.000	

CATEGORIA D – VOLONTARI GRUPPO PROTEZIONE CIVILE

La garanzia deve intendersi prestata per gli infortuni subiti dai componenti del Gruppo Volontari della Protezione Civile durante lo svolgimento degli interventi effettuati in occasione di calamità naturali o di emergenze in genere, durante le attività di assistenza a manifestazioni ricreative, sportive e simili nonché durante tutte le attività concernenti le esercitazioni periodiche, le attività dimostrative, le attività di addestramento, le simulazioni di intervento e simili.

La garanzia opera anche durante l'espletamento delle attività/servizi di Protezione Civile svolti per incarico del Contraente.

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.

L'assicurazione vale per gli infortuni sofferti dagli Assicurati nello svolgimento di interventi in occasione di calamità naturali o di emergenze in genere. L'assicurazione vale anche per la partecipazione ad attività programmate quali a titolo esemplificativo e non limitativo esercitazioni periodiche e straordinarie, attività dimostrative, simulazioni di intervento, attività di addestramento, formazione e aggiornamento, partecipazione a convegni, mostre ed esposizioni nonché attività di assistenza a manifestazioni ricreative e sportive.

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 e delle menzionate attività per le quali è prestata l'assicurazione, farà fede la documentazione amministrativa tenuta dal Contraente e/o dal responsabile dell'attività dei volontari a termini di legge.

GARANZIA	SOMMA ASSICURATA
Caso Morte	€ 200.000,00
Caso Invalidità Permanente	€ 200.000,00
Spese mediche e farmaceutiche da infortunio compreso il trasporto	€ 6.000,00

sanitario	
Spese Trasporto/rimpatrio resti mortali	€ 3.000,00
Diaria da ricovero	non compresa
Diaria da gessatura	non compresa
Diaria da inabilità temporanea	non compresa
Danni estetici	€ 6.000,00
Malattie tropicali	Non compresa
Operatività della polizza	Rischio professionale, escluso rischio in itinere
N. ASSICURATI	25

CATEGORIA E – VOLONTARI E COLLABORATORI OCCUPATI IN ATTIVITA' DI PUBBLICA UTILITA'

La garanzia deve intendersi prestata per gli infortuni subiti dai volontari e collaboratori in genere (compresi i volontari del Servizio Civile Regionale se presenti) del Comune Contraente durante lo svolgimento delle attività e dei lavori di pubblica utilità attribuiti agli stessi dal Contraente 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, montaggio e smontaggio di strutture per manifestazioni e simili, pulizie e piccole manutenzioni di beni di interesse pubblico, accompagnamento e sorveglianza anche in ausilio ai servizi scolastici, assistenza domiciliare e accompagnamento anche in ausilio ai servizi sociali, ausilio gestione isole ecologiche, accompagnamento e sorveglianza in ausilio ai servizi scolastici, gestione della biblioteca, ecc.

Le attività assegnate ai volontari potranno essere svolte anche con l'impiego di attrezzature e macchinari e con

l'utilizzo di qualsiasi mezzo di trasporto.

Restano tuttavia esclusi dalla presente categoria:

- tutti coloro che godono della copertura infortuni prestata dall'Istituto Nazionale per gli Infortuni sul Lavoro (INAIL) durante lo svolgimento delle attività per conto del Contraente indipendentemente da fatto che il premio Inail sia stato corrisposto dal Contraente stesso o da altro soggetto;

- i volontari della Protezione Civile.

L'Assicurazione vale anche per gli infortuni subiti durante l'utilizzo (sia in qualità di conducente che di trasportato) di veicoli di proprietà dell'Assicurato e/o di Terzi e/o in uso esclusivo del Comune.

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 e per il computo delle giornate di attività farà fede la documentazione amministrativa tenuta dal Contraente costantemente aggiornata e a disposizione degli incaricati della Società di compiere accertamenti. In caso di sinistro, il Contraente è tenuto a produrre specifica dichiarazione attestante che l'infortunio sofferto dall'Assicurato si è verificato nello svolgimento delle attività per le quali è prestata l'assicurazione

A parziale deroga di quanto previsto all'art. 5 – Persone escluse dall'assicurazione o non assicurabili della Sezione 3 si conviene di elevare da 80 a 85 anni l'età massima assicurabile per i volontari e collaboratori della presente Categoria

Limitatamente a questi assicurati, nel caso in cui venisse accertata un'invalidità permanente, si applicherà una franchigia fissa assoluta del 5%.

GARANZIA	SOMMA ASSICURATA
Caso Morte	€ 150.000,00
Caso Invalidità Permanente	€ 200.000,00
Spese mediche e farmaceutiche da infortunio compreso il trasporto sanitario	€ 6.000,00
Spese Trasporto/rimpatrio resti mortali	€ 3.000,00
Diaria da ricovero	non compresa
Diaria da gessatura	non compresa

Diaria da inabilità temporanea	non compresa
Danni estetici	€ 6.000,00
Malattie tropicali	non compresa
Operatività della polizza	Rischio professionale, escluso il rischio in itinere
N. GIORNATE PRESENZA	1.000

CATEGORIA F – BAMBINI ASILI NIDO E SCUOLE MATERNE

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.

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.

GARANZIA		SOMMA ASSICURATA
Caso Morte		€ 50.000,00
Caso Invalidità Permanente		€ 100.000,00
Spese mediche e farmaceutiche da infortunio compreso il trasporto sanitario		€ 6.000,00
Spese Trasporto/rimpatrio resti mortali		€ 3.000,00
Diaria da ricovero		non compresa
Diaria da gessatura		non compresa
Diaria da inabilità temporanea		non compresa
Danni estetici		€ 6.000,00
Malattie tropicali		non compresa
Operatività della polizza		Rischio professionale, escluso il rischio in itinere
N. ASSICURATI	800	

Art. 2 - Calcolo del premio

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 di cui 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 F “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 chilometri in sede di regolazione premio dovrà essere comunicato il numero dei chilometri percorsi nel periodo di riferimento. Solo per questo parametro il n. di km preventivato previsto in polizza si intende minimo acquisito per tutta la durata del contratto.

CATEGORIA	PARAMETRO PER IL CONTEGGIO DEL PREMIO	DATI PREVENTIVATI (N.)	PREMIO/TASSO PROCAPITE IMPOSTE INCLUSE	TOTALE PREMIO IMPOSTE INCLUSE
A – Amministratori e Segretario Comunale	n. assicurati	42		€
B – Conducenti e trasportati veicoli Ente	n. veicoli	78		€

C – Conducenti e trasportati veicolo privato	n. km	10.000		€
D – volontari protezione civile	n. assicurati	25		€
E – volontari e collaboratori in genere	n. giornate presenza	1.000		€
F – bambini asili nido e scuola materna	n. assicurati	800		€
TOTALE				€

Scomposizione del premio

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

Art. 3 – Riparto di coassicurazione

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. 7 - Disciplina dei casi di recesso dall'assicurazione

Sezione 2 Art. 11 - Foro competente

Sezione 2 Art. 12 - Estensione territoriale

Sezione 2 Art. 20 Coassicurazione e delega

Sezione 2 Art. 21 Misure restrittive (Sanctions Limitations Exclusion Clause)

Sezione 3 Art. 4 Esclusioni

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.

La Società
