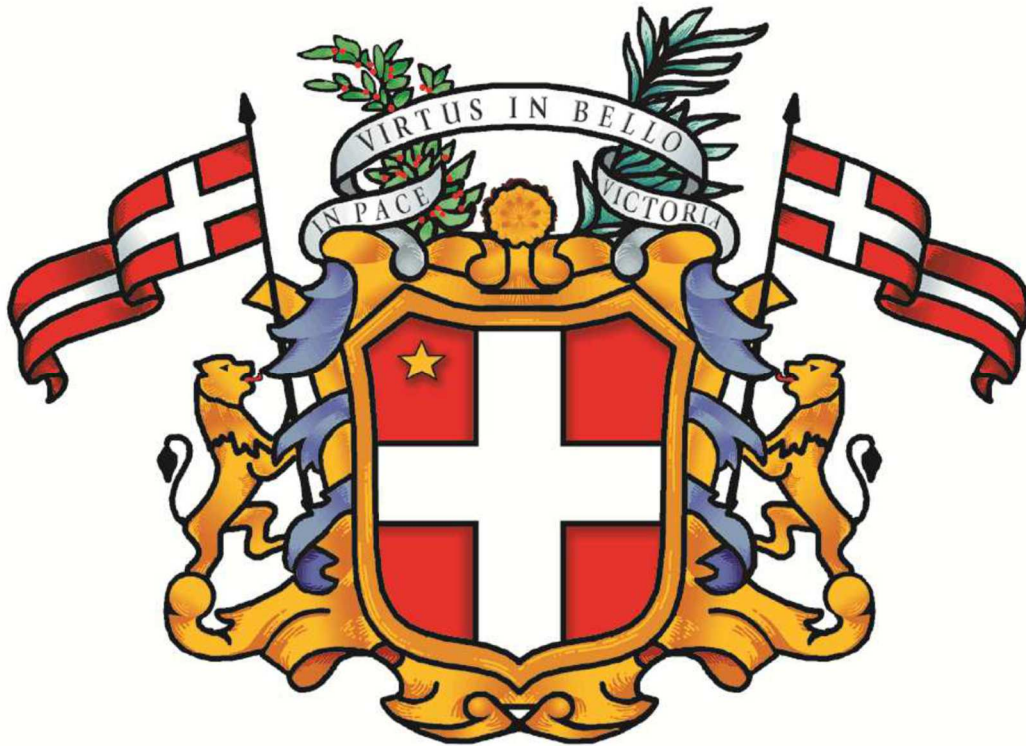


CITTÀ DI VIGONE

Città metropolitana di Torino



LOTTO 3 – CAPITOLATO D’ONERI ASSICURAZIONE

INFORTUNI

01/01/2023 – 31/12/2025

CAPITOLATO D'ONERI ASSICURAZIONE

INFORTUNI

DEFINIZIONI DI POLIZZA

Ai seguenti termini le Parti attribuiscono il significato di seguito precisato:

Assicurato: è il soggetto fisico in favore del quale viene prestata la garanzia assicurativa ed il cui interesse è tutelato dall'assicurazione;

Assicurazione: è il contratto stipulato fra le Parti;

Beneficiario: è la persona o le persone designate in polizza a percepire l'indennizzo. In assenza di specifica designazione, i beneficiari saranno gli eredi legittimi e/o testamentari;

Broker: è la MAG S.p.A. quale Broker incaricato dal Contraente della gestione ed esecuzione del contratto, riconosciuto dalla Società;

Compagnia: è la società di assicurazione;

Contraente: è il soggetto fisico o giuridico che stipula il contratto, intrattiene i rapporti con la Compagnia ed adempie agli obblighi previsti dal contratto stesso, salvo quelli che per loro natura incombono all'Assicurato (se persona diversa);

Day hospital: struttura sanitaria avente posti letto per degenza diurna, autorizzata ad erogare prestazioni chirurgiche e/o terapie mediche eseguite da medici specialisti, con redazione di cartella clinica;

Diararia: è la somma assicurata per ogni giorno di inabilità;

Franchigia: importo fisso che l'Assicurato accetta di tenere a proprio carico in caso di sinistro. Per ciascun sinistro l'indennizzo viene eseguito detraendo l'importo della franchigia (fissa od in percentuale);

Inabilità temporanea: temporanea incapacità fisica dell'Assicurato ad attendere alle attività dichiarate in polizza;

Indennizzo: somma dovuta dalla Compagnia in caso di sinistro;

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili che abbiano per conseguenza la morte, un'inabilità permanente od un'inabilità temporanea;

Infortunio professionale: infortunio verificatosi durante lo svolgimento, da parte dell'Assicurato, delle attività professionali principali e/o secondarie;

Infortunio extraprofessionale: infortunio verificatosi nello svolgimento, da parte dell'Assicurato, di attività che non abbiano carattere di professionalità;

Inabilità permanente: diminuzione e/o perdita definitiva ed irrimediabile della generica capacità dell'Assicurato a svolgere un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla professione esercitata;

Istituto di cura: Istituto Universitario, Ospedale, Casa di cura, Day hospital regolarmente autorizzati all'erogazione dell'assistenza ospedaliera. Non sono convenzionalmente considerati istituti di cura gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, fisioterapiche;

Periodo d'assicurazione: è ogni periodo di dodici mesi o frazione d'anno nel corso della durata della polizza, coincidente con la data di inizio e quella di scadenza;

Polizza: documento che prova l'assicurazione;

Premio: somma dovuta dal Contraente alla Compagnia;

Ricovero: permanenza in istituto di cura con pernottamento;

Risarcimento: la somma dovuta dalla Compagnia in caso di sinistro;

Rischio: la probabilità che si verifichi un sinistro in relazione all'attività svolta dall'Assicurato;

Sinistro: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è stipulata l'assicurazione. Per analogia è la richiesta di risarcimento inviata all'Assicurato e/o al Contraente;

Spese mediche: agli effetti della presente assicurazione si intende il rimborso delle spese effettivamente sostenute dall'Assicurato, o da chi per esso, relativamente a:

- spese mediche, farmaceutiche, cliniche;
- esami di laboratorio;
- cure e terapie;
- interventi chirurgici;
- ricoveri in ospedali o cliniche anche non convenzionate qualora l'infortunio sia avvenuto in località non dotata di presidi sanitari pubblici e/o convenzionati, ovvero in tutti i casi di obiettivo impedimento e/o comprovate ed immediate esigenze di ordine terapeutico.

Veicolo: qualsiasi mezzo meccanico terrestre e/o marittimo, azionato da motore e guidato dall'uomo.

SEZIONE B – CONDIZIONI GENERALI D’ASSICURAZIONE

Art. 01 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell’Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all’indennizzo e la cessazione dell’assicurazione, in base agli artt. 1892, 1893, 1894 del Codice Civile.

Art. 02 – Effetto, scadenza, durata e rescindibilità annuale

L’assicurazione ha effetto dalle ore 24,00 del giorno indicato in polizza.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio l’assicurazione resta sospesa dalle ore 24,00 del **90°** (novantesimo) giorno dopo quello della decorrenza per il premio iniziale, e dal **90°** (novantesimo) giorno delle scadenze successive relativamente ai premi per le annualità future, e riprende vigore dalle ore 24,00 del giorno del pagamento.

In ogni caso, tenuto conto che il Contraente, per proprie esigenze amministrative, effettua pagamenti solo tramite ordinativi bancari preventivamente deliberati, si conviene che ogni copertura inerente il presente contratto decorre dalle ore 24,00 del giorno in cui viene deliberato l’ordine di pagamento, a condizione che tale deliberazione sia fatta entro il 90° (novantesimo) giorno dalla scadenza delle rate e/o appendici.

Il presente contratto s’intende automaticamente disdettato alla sua naturale scadenza senza obbligo di comunicazione inviata dalle Parti. Tuttavia qualora alla scadenza naturale l’Amministrazione Contraente, intenda proseguire il rapporto contrattuale, potrà manifestarlo con comunicazione scritta da inviarsi alla Compagnia entro il 30° (trentesimo) giorno precedente la scadenza stabilita.

In ogni caso, su espressa richiesta del Contraente ed al fine di consentire l’espletamento della procedura per l’aggiudicazione di un nuovo contratto, la Compagnia s’impegna a prorogare l’assicurazione, alle condizioni economiche e normative in corso, per un periodo massimo di 180 (centottanta) giorni oltre la scadenza contrattuale e dietro la corresponsione del corrispondente rateo di premio.

Se la presente polizza sarà stipulata per un periodo di più annualità, sarà comunque in facoltà delle Parti di rescinderla al termine di ogni periodo assicurativo annuo mediante lettera raccomandata da spedirsi almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza annuale.

Art. 03 – Modifiche dell’assicurazione

Le eventuali modifiche dell’assicurazione devono essere provate per iscritto mediante appendice sottoscritta dalle Parti.

Art. 04 – Esonero denuncia altre assicurazioni

Il Contraente è esonerato dal denunciare altre eventuali assicurazioni che i singoli Assicurati abbiano stipulato o stipulino in proprio con altre Compagnie.

Art. 05 – Clausola Broker, forma delle comunicazioni

Il Contraente dichiara di avere affidato la gestione del presente contratto a **MAG S.p.A.**, e di conseguenza tutti i rapporti inerenti la presente assicurazione saranno svolti per conto del Contraente dal Broker stesso. Per quanto concerne l’incasso dei premi di polizza, la regolazione verrà effettuata dal Contraente al Broker, che provvederà al versamento alla Compagnia. Resta intesa l’efficacia liberatoria, anche in base ai termini dell’art. 1901 del Codice Civile, del pagamento così effettuato.

Agli effetti dei termini fissati dalle condizioni di assicurazione, ogni comunicazione fatta dal Broker, nel nome e per conto del Contraente, alla Compagnia, si intenderà come fatta dal Contraente.

Parimenti, ogni comunicazione fatta dal Contraente al Broker si intenderà come fatta alla Compagnia, fermo restando l’obbligo del Broker al pronto inoltro della comunicazione stessa.

Il Contraente s’impegna a comunicare agli Assicuratori l’eventuale revoca del mandato.

La remunerazione del Broker è a carico della Compagnia Assicurativa aggiudicataria e delle eventuali Coassicuratrici, le quali riconosceranno al Broker sopraindicato commissioni pari a quelle riconosciute normalmente alla propria rete di vendita. In ogni caso tale aliquota non comporterà un costo aggiuntivo per l’Ente.

Art. 06 – Aggravamento del rischio

Il Contraente deve dare comunicazione al Broker di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Compagnia possono comportare la perdita parziale o totale del diritto all’indennizzo e la cessazione dell’assicurazione, in base all’art. 1898 del Codice Civile.

Art. 07 – Diminuzione del rischio

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

Art. 08 – Cessazione del rischio

In caso di cessazione del rischio il contratto si scioglie (art. 1896 del Codice Civile) e pertanto la singola polizza pertinente al rischio cessato viene annullata. La Compagnia rimborserà al Contraente, al netto delle imposte, la parte di premio relativa al periodo di rischio non corso.

Art. 09 – Assicurazione per conto di chi spetta

La presente polizza è stipulata dal Contraente in nome proprio e nell'interesse di chi spetta. In caso di sinistro però, i terzi interessati non avranno alcuna ingerenza nella nomina dei periti da eleggersi dalla Compagnia e dall'Assicurato, né azione alcuna per impugnare la perizia, rimanendo stabilito e convenuto che le azioni, ragioni e diritti sorgenti dall'assicurazione stessa non possono essere esercitati che dall'Assicurato. L'indennità che, a norma di quanto sopra, sarà stata liquidata in contraddittorio, non potrà essere versata se non con l'intervento, all'atto del pagamento, dei terzi interessati.

Art. 10 – Facoltà bilaterale di recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro e fino al 60° (sessantesimo) giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Compagnia ed il Contraente possono recedere dall'assicurazione, con preavviso di 90 (novanta) giorni e la Compagnia rimborserà al Contraente, entro 30 (trenta) giorni dalla data di efficacia del recesso stesso, i ratei di premio pagati e non goduti escluse le imposte.

Art. 11 – Oneri fiscali

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

Art. 12 – Obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari

La Società Assicuratrice, la Società di Brokeraggio, nonché ogni altra Impresa a qualsiasi titolo interessata al presente contratto [cd filiera], sono impegnate ad osservare gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari in ottemperanza a quanto previsto dalla Legge 13/08/2010 n.° 136 e s.m.i.

I soggetti di cui al paragrafo precedente sono obbligati a comunicare alla Stazione appaltante gli estremi identificativi dei conti correnti bancari o postali dedicati, anche se in via non esclusiva, alle movimentazioni finanziarie relative al presente contratto, unitamente alle generalità ed al codice fiscale dei soggetti abilitati ad operare su tali conti correnti.

Tutte le movimentazioni finanziarie di cui al presente contratto dovranno avvenire – salve le deroghe previste dalla normativa sopra citata – tramite bonifico bancario o postale [Poste Italiane S.p.A.] e riportate, relativamente a ciascuna transazione, il Codice Identificativo di Gara [CIG] o, qualora previsto, il Codice Unico di Progetto [CUP] comunicati dalla Stazione Appaltante.

Il mancato assolvimento degli obblighi previsti dall'art. 3 della citata Legge n.° 136/2010 costituisce causa di risoluzione del contratto, ai sensi dell'art. 1456 C.C. e dall'art. 3, comma 8 della Legge.

Art. 13 – Rinvio alle norme di legge e Foro competente

Per l'interpretazione della presente polizza e per tutto quanto non espressamente previsto dalle condizioni in essa contenute o ad essa aggiunte mediante regolare atto sottoscritto dalle Parti Contraenti, si dovrà fare riferimento alle leggi della Repubblica Italiana.

Foro competente è esclusivamente quello del luogo di residenza del Contraente.

SEZIONE C – INFORTUNI DEGLI AMMINISTRATORI**Art. 14 – Persone assicurabili**

L'assicurazione, vale per le seguenti persone che il Contraente ha l'obbligo e/o l'interesse ad assicurare:

- a) Sindaco;
- b) Assessori;
- c) Consiglieri Comunali.

La Compagnia rinuncia alla preventiva identificazione delle persone e/o categorie assicurate.

Il Contraente tuttavia dichiara che per ogni persona da tenere in garanzia esistono atti e documenti ufficiali, delibere, ordinanze ed altri strumenti legislativi od aventi forza di legge, che possano comprovare la qualifica di "Assicurato". Detti atti o documenti sono a disposizione della Compagnia per verifiche e controlli anche in assenza di sinistri.

Resta inteso che, in caso di sinistri, alla denuncia dovrà essere allegato il provvedimento che giustifica la qualifica di Assicurato per l'infortunato.

Art. 15 – Limiti dell'assicurazione

L'assicurazione è prestata per ciascuna persona:

- in caso di morte:
 - € 200.000,00 (duecentomila/00) per Sindaco ed Assessori;
 - € 150.000,00 (centocinquantomila/00) per i Consiglieri Comunali;
- in caso di invalidità permanente:

€ 250.000,00 (duecentocinquantamila/00) per Sindaco ed Assessori;
€ 200.000,00 (duecentomila/00) per i Consiglieri Comunali.

La presente garanzia viene prestata senza franchigia.

Pertanto si conviene che:

- l'indennizzo viene liquidato in misura proporzionale al grado di invalidità accertato, senza applicazione di alcuna franchigia;
- nel caso in cui l'invalidità permanente accertata sia maggiore del 65% della totale, la Compagnia liquida l'indennizzo in misura pari al 100% del capitale assicurato.

Art. 16 – Determinazione del premio

Il premio della presente Sezione C è convenuto per capitali prestabiliti in forma numerico anonima, in funzione del numero degli Amministratori (Sindaco – Assessori – Consiglieri) in forza al momento della stipula della polizza.

SEZIONE D – INFORTUNI DEI VOLONTARI

Art. 17 – Persone assicurabili

L'assicurazione, vale per le seguenti persone che il Contraente ha l'obbligo e/o l'interesse ad assicurare:

- a) i volontari;
- b) altre persone da individuare di volta in volta.

La Compagnia rinuncia alla preventiva identificazione delle persone e/o categorie assicurate.

Il Contraente tuttavia dichiara che per ogni persona da tenere in garanzia esistono atti e/o documenti ufficiali, delibere, ordinanze ed altri strumenti legislativi o aventi forza di legge, che possono comprovare la qualifica di "Assicurato". Detti atti o documenti sono a disposizione della Compagnia per verifiche e controlli anche in assenza di sinistri.

Resta inteso che, in caso di sinistro, alla denuncia dovrà essere allegato il provvedimento che giustifica la qualifica di Assicurato per l'infortunato.

Art. 18 – Limiti dell'assicurazione

L'assicurazione è prestata:

- in caso di morte:
€. 150.000,00 (centocinquantamila/00) per Assicurato;
- in caso di invalidità permanente:
€.180.000,00 (centoottantamila/00) per Assicurato.

La presente garanzia viene prestata senza franchigia.

Pertanto si conviene che:

- l'indennizzo viene liquidato in misura proporzionale al grado di invalidità accertato, senza applicazione di alcuna franchigia;
- nel caso in cui l'invalidità permanente accertata sia maggiore del 65% della totale, la Compagnia liquida l'indennizzo in misura pari al 100% del capitale assicurato.

Art. 19 – Determinazione del premio

Il premio della presente Sezione D è convenuto per capitali prestabiliti in forma numerico anonima, in funzione delle giornate lavoro iniziali indicate nella scheda di copertura, complessivamente effettuate dagli Assicurati, dove per giornata lavoro si intende un totale di 8 ore.

SEZIONE E – INFORTUNI DEI CONDUCENTI E/O DEI DIPENDENTI IN MISSIONE

Art. 20 – Persone assicurabili

Sono assicurabili nella fattispecie indistintamente:

- caso A: i conducenti di tutti i mezzi di trasporto di proprietà od in uso all'Ente;
- caso B: Dipendenti e/o Amministratori del Contraente, che subiscano l'infortunio su mezzi non di proprietà od in uso all'Ente.

La Compagnia rinuncia alla preventiva identificazione delle persone assicurate.

Il Contraente tuttavia dichiara che per ogni persona da tenere in garanzia esistono atti e documenti ufficiali, delibere, ordinanze ed altri strumenti legislativi od aventi forza di legge, che possano comprovare la qualifica di "Assicurato". Detti atti o documenti sono a disposizione della Compagnia per verifiche e controlli anche in assenza di sinistri.

Resta inteso che, in caso di sinistri, alla denuncia dovrà essere allegato il provvedimento che giustifica la qualifica di Assicurato per l'infortunato.

Qualora nella presente Sezione dovessero risultare inserite figure di Amministratori già Assicurati con la precedente Sezione C, la presente garanzia non avrebbe efficacia nei loro confronti e non si determinerebbe un cumulo di indennizzi.

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

Art. 21 – Limiti dell'assicurazione

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, ogni persona assicurata fruisce delle garanzie di seguito descritte:

- in caso di Morte: € 150.000,00 (centocinquantamila/00) agli eredi dell'Assicurato;
- in caso di Invalidità Permanente: € 200.000,00 (duecentomila/00);
- rimborso spese mediche sino ad € 5.000,00 (cinquemila/00);
- rimborso spese di trasporto sino ad € 500,00 (cinquecento/00) ;
- protesi dentarie sino ad € 2.500,00 (duemilacinquecento/00);
- spese relative all'acquisto di lenti sino ad € 400,00 (quattrocento/00).

La garanzia Invalidità Permanente viene prestata senza franchigia.

Pertanto si conviene che:

- l'indennizzo viene liquidato in misura proporzionale al grado di invalidità accertato, senza applicazione di alcuna franchigia;
- nel caso in cui l'invalidità permanente accertata sia maggiore del 65% della totale, la Compagnia liquida l'indennizzo in misura pari al 100% del capitale assicurato.

Art. 22 – Determinazione del premio

Il premio della presente Sezione E è convenuto per capitali prestabiliti:

- caso A: in forma numerico anonima in funzione del numero dei veicoli di proprietà od in uso all'Ente;
- caso B: in forma anonima in funzione della percorrenza chilometrica annua.

SEZIONE F – INFORTUNI ALUNNI

Art. 23 – Persone assicurabili

Sono assicurabili nella fattispecie indistintamente tutti i ragazzi iscritti alle attività parascolastiche organizzate dalla Contraente e/o sotto l'egida della stessa.

La Compagnia rinuncia alla preventiva identificazione delle persone assicurate.

Il Contraente tuttavia dichiara che per ogni persona da tenere in garanzia esistono registri e documenti ufficiali, obbligatoriamente tenuti dall'Ente stesso, che possano comprovare la qualifica di Assicurato. Detti registri o documenti sono a disposizione della Compagnia per verifiche e controlli anche in assenza di sinistri.

Art. 24 – Limiti dell'assicurazione

In caso di Infortunio indennizzabile a termine di polizza, ogni persona assicurata fruisce delle garanzie di seguito descritte:

- in caso di Morte: €. = 50.000,00 = (cinquantamila/00) agli eredi dell'Assicurato;
- in caso di Invalidità Permanente: €. = 100.000,00 = (centomila/00);
- rimborso spese mediche sino ad €. = 5.000,00 = (cinquemila/00);
- rimborso spese di trasporto sino ad €. = 500,00 = (cinquecento/00);
- protesi dentarie sino ad €. = 2.500,00 = (duemilacinquecento/00);
- spesa relativa all'acquisto di lenti sino ad €. = 400,00 = (quattrocento/00).

La garanzia Invalidità Permanente viene prestata senza franchigia.

Pertanto si conviene che:

- l'indennizzo viene liquidato in misura proporzionale al grado di invalidità accertato, senza applicazione di alcuna franchigia;
- nel caso in cui l'invalidità permanente accertata sia maggiore del 65% della totale, la Compagnia liquida l'indennizzo in misura pari al 100% del capitale assicurato.

Art. 25 – Determinazione del premio

Il premio della presente Sezione F è convenuto per capitali prestabiliti in forma numerico anonima, in funzione del numero dei ragazzi indicati nel momento della stipula della polizza.

SEZIONE G – CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Art. 26 – Identificazione dell'assicurazione

L'assicurazione vale esclusivamente per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento di attività, funzioni e/o mansioni in genere rientranti nel coacervo delle attività che più in generale il Contraente può legittimamente esercitare per propria autonomia statutaria e potestà regolamentare, nonché per delega o trasferimento dallo Stato e/o dalla Regione e/o dalla Provincia.

Con riferimento alla Sezione E [Infortuni dei Conducenti e/o Dipendenti in missione] si precisa che l'assicurazione vale per:

- caso A: gli infortuni che l'Assicurato subisca alla guida di un mezzo di trasporto di proprietà od in uso all'Ente, di cui sia stato autorizzato l'utilizzo dall'Ente stesso;

- caso B: gli infortuni che i Dipendenti del Contraente, subiscano alla guida di mezzi di trasporto non di proprietà od in uso all'Ente, di cui sia stato autorizzato l'utilizzo dall'Ente stesso.

Con riferimento alla Sezione F [Infortuni Alunni] si precisa che l'Assicurazione vale per:

- ogni attività didattica, ricreativa, ginnico-sportiva, assistenziale o comunque connessa alla partecipazione a qualsiasi forma di vita parascolastica esercitata in qualsiasi periodo dell'anno, purché promossa dal Comune medesimo, dai Consigli di circolo o di istituto, o che comunque avvenga con il consenso degli stessi organismi.

E' considerato infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, un'invalidità permanente e/o un'inabilità temporanea.

Sono compresi in garanzia:

- a) imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- b) atti di terrorismo e/o tumulti popolari, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- c) atti di temerarietà, soltanto se compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- d) infortuni sofferti in stato di malore e/o incoscienza;
- e) l'avvelenamento acuto e le lesioni derivanti da ingestione od assorbimento di sostanze;
- f) l'annegamento, l'assideramento, il congelamento, la folgorazione, i colpi di sole o di calore o di freddo;
- g) le conseguenze obiettivamente constatabili di morsi o punture di animali;
- h) le lesioni determinate da sforzi, esclusi gli infarti e le ernie non traumatiche;
- i) aggressioni od atti violenti, qualunque ne sia il movente, sempre che l'Assicurato non vi abbia preso parte volontariamente;
- j) eventi catastrofali (terremoto – maremoto – eruzioni vulcaniche – inondazioni – alluvioni – mareggiate – frane – grandine – neve);
- k) infortuni conseguenti a colpi di sonno;
- l) l'asfissia non dipendente da malattia;
- m) infortuni avvenuti durante la salita e la discesa dal veicolo

Art. 27 – Validità territoriale

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

Art. 28 – Regolazione del premio

Il premio indicato sul frontespizio di polizza deve intendersi premio flat non soggetto a regolazione.

Art. 29 – Caso Morte

Se l'Assicurato dovesse morire entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, la compagnia liquiderà ai beneficiari la somma assicurata.

L'indennizzo per il Caso Morte non è cumulabile con quello di Invalidità Permanente. Si conviene tuttavia che 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, la Compagnia corrisponde ai beneficiari la differenza tra l'indennizzo pagato e la somma assicurata per il Caso Morte, ove quest'ultima risulti maggiore.

Qualora a seguito dell'infortunio la salma dell'Assicurato non venga ritrovata, la Compagnia liquida ai beneficiari la somma assicurata entro 30 (trenta) giorni dalla dichiarazione di morte presunta come previsto dagli art. 60 e 62 del Codice Civile.

Se dopo che la Compagnia ha pagato l'indennizzo risulta che l'Assicurato è ancora in vita, la Compagnia avrà diritto, entro 15 (quindici) giorni dalla richiesta, alla restituzione da parte dei beneficiari della somma loro pagata.

Resta inteso che l'Assicurato avrà così diritto all'indennizzo previsto in polizza per altri casi eventualmente assicurati.

Art. 30 – Invalidità Permanente

L'indennizzo per Invalidità Permanente è dovuto se essa si verifica entro due anni dal giorno dell'infortunio. Il grado di Invalidità Permanente è accertato facendo riferimento alle percentuali stabilite dall'allegato n.° 1 al D.P.R. 1124 del 30.06.1965 e seguendo i criteri qui esposti:

- a) di detta tabella si utilizzano, ove previsto, le percentuali riferite alla sola parte destra, abolendo qualsiasi distinzione tra parte destra e sinistra del corpo;
- b) la perdita totale ed 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 previste dalla citata tabella INAIL vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta;
- c) qualora l'infortunio determini menomazione di uno o più distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con criteri aritmetici fino a raggiungere, al massimo, il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso;
- d) nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti l'indennità viene stabilita mediante l'adozione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al massimo del 100%;
- e) nei casi di Invalidità Permanente non specificati dalla tabella INAIL, l'indennizzo è stabilito in riferimento ai valori ed ai criteri sopraindicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della generica capacità lavorativa, indipendentemente dall'attività dell'Assicurato;
- f) in caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già menomato, nella valutazione del grado d'Invalidità Permanente le percentuali di cui sopra sono diminuite tenendo conto del grado di inabilità preesistente.

Il diritto all'indennizzo per Invalidità Permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile ai beneficiari, eredi od aventi causa. Se tuttavia l'infortunato muore per cause indipendenti dalle lesioni subite dopo che l'indennizzo per Invalidità Permanente sia stato liquidato o comunque offerto in misura determinata la Compagnia paga ai beneficiari l'importo liquidato od offerto.

Art. 31 – Rimborso spese mediche

Relativamente alla Sezione E [Infortuni dei Conducenti e/o dei Dipendenti in missione] ed alla Sezione F [Infortuni Alunni] in caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, la compagnia rimborsa, fino alla concorrenza di quanto indicato agli art. 21 e 24 [limiti dell'assicurazione], dietro presentazione in originale della relativa documentazione, per ogni infortunio, le spese:

- sostenute durante il ricovero per assistenza medica ed infermieristica, onorari dell'equipe che effettua l'intervento, diritti di sala operatoria e materiale d'intervento (comprese le endoprotesi), accertamenti diagnostici, trattamenti riabilitativi, rette di degenza;
- sostenute nei 60 (sessanta) giorni prima del ricovero per visite specialistiche ed accertamenti diagnostici; sostenute nei 120 (centoventi) giorni successivi alla dimissione dall'Istituto di cura per accertamenti diagnostici, visite specialistiche, trattamenti riabilitativi. Le spese di cui al presente comma sono rimborsate nella misura del 70% (settantapercento), restando il rimanente 30% (trentapercento) a carico dell'Assicurato, ad eccezione dei tickets del S.S.N. che sono integralmente rimborsati perché di importo complessivo non inferiore ad € 25,00 (venticinque/00) che rimangono a carico dell'Assicurato;
- sostenute per l'intervento riparatore del danno estetico dovuto ad infortunio, provato dalla cartella clinica descrittiva rilasciata da un Pronto Soccorso. Dette spese sono rimborsabili fino alla concorrenza di € 2.500,00 (duemilacinquecento/00) purché l'intervento di chirurgia ricostruttiva avvenga entro 2 (due) anni dall'infortunio;
- sostenute per l'acquisto di lenti e/o occhiali (compresa la montatura fino ad € 100,00 di spesa) resi necessari da variazione della capacità visiva dell'Assicurato causata da infortunio. Il rimborso è effettuato fino alla concorrenza della somma indicata agli art. 21 e 24 [limiti dell'assicurazione];
- sostenute per il trasporto dell'Assicurato al luogo di cura o di soccorso con mezzi adeguati alle condizioni di salute dell'Assicurato stesso. Il rimborso avviene nella misura del 70% (settantapercento) e fino alla concorrenza della somma indicata agli art. 21 e 24 [limiti dell'assicurazione] e fino ad € 2.500,00 (duemilacinquecento/00) se l'emergenza richiede l'intervento dell'eliambulanza;
- sostenute in caso di rottura dei denti, fino ad € 300,00 (trecento/00) per dente a titolo di rimborso per le prime spese di cura e protesi, complessivamente fino alla concorrenza della somma indicata agli art. 21 e 24 [limiti dell'assicurazione] per più denti. Sono escluse dalla garanzia le protesi già applicate.

Art. 32 – Rischi sportivi

La garanzia vale durante la pratica di ogni disciplina sportiva solo in quanto espressione professionale dell'attività della persona assicurata, cioè manifestazioni a scopo benefico e/o manifestazioni che richiedano l'intervento promozionale di Amministratori e/o di Dirigenti e/o di funzionari e/o di dipendenti.

Art. 33 – Rischio volo

La garanzia è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca in qualità di passeggero, durante i viaggi aerei di trasporto pubblico o privato passeggeri su velivoli od elicotteri da chiunque eserciti, esclusi i viaggi effettuati:

- su aeromobili di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto passeggeri;
- su aeromobili di Aeroclubs;
- su aeromobili adibiti al volo da diporto e/o sportivo.

La copertura inizia dal momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e cessa nel momento in cui ne è disceso. La salita e la discesa mediante scale o altre attrezzature aeroportuali fanno parte del rischio volo.

L'assicurazione concessa nei limiti di cui sopra vale anche per gli atti di pirateria, sabotaggio, dirottamento, purché non conseguenti a guerra, anche non dichiarata, od insurrezioni, fatto salvo quanto specificato all'art. 33 [rischio guerra].

L'assicurazione vale per i casi e le somme uguali a quelli assicurati per la presente polizza e per i rischi da essa previsti, entro i limiti sotto indicati.

La somma delle garanzie previste dalla presente e da eventuali altre assicurazioni stipulate dall'Assicurato o da altri in suo favore per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni (individuali e/o cumulative) non potrà superare i seguenti capitali:

c) per persona:

€ 1.000.000,00 (unmilione/00) per il caso morte;

€ 1.000.000,00 (unmilione/00) per invalidità permanente;

€ 250,00 (duecentocinquanta/00) al giorno per inabilità temporanea.

d) complessivamente per aeromobile:

€ 5.000.000,00 (cinquemilioni/00) per il caso morte;

€ 5.000.000,00 (cinquemilioni/00) per invalidità permanente;

€ 5.000,00 (cinquemila/00) per inabilità temporanea.

In detta limitazione per aeromobile rientrano anche i capitali riferiti ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze infortuni "cumulative" stipulate dallo stesso Contraente.

Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedano gli importi sopra indicati, gli indennizzi spettanti in caso di sinistro saranno adeguati con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti, salvo il diritto del Contraente al rimborso dei premi imponibili nella stessa proporzione.

Art. 34 – Rischio guerra

L'assicurazione vale per gli infortuni derivanti da stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, per il periodo massimo di 14 (quattordici) giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero in un paese sino ad allora in pace.

Art. 35 – Rischio "in itinere"

La garanzia viene estesa agli infortuni che avvengano durante il tempo strettamente necessario a compiere il tragitto dalla propria abitazione abituale dell'Assicurato al luogo di lavoro e viceversa. Tali spostamenti possono avvenire sia a piedi che tramite mezzi di trasporto pubblici o privati; sono incluse le gite scolastiche, i campi estivi con o senza pernottamento, le escursioni, le visite e quant'altro di pertinente.

Art. 36 – Eventi catastrofali

L'assicurazione vale per gli infortuni causati da terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, trombe, uragani, ma per la metà delle somme indicate in contratto per persona per ciascun caso di morte ed invalidità permanente. Se più assicurati con la presente polizza fossero coinvolti in un medesimo evento, l'esborso massimo della Compagnia non potrà superare l'importo di € 1.500.000,00 (unmilione cinquecentomila/00); se gli indennizzi spettanti eccedessero tale importo gli stessi saranno proporzionalmente ridotti.

Gli infortuni causati da movimenti tellurici, maremoti, inondazioni, eruzioni vulcaniche, trombe, uragani, verificatisi fuori dai confini d'Italia, San Marino, Città del Vaticano saranno indennizzati senza tenere conto dei limiti sopra indicati.

Art. 37 – Malattie tropicali

La garanzia è estesa, per il solo caso d'invalidità permanente, alle malattie tropicali, come definite dalle disposizioni di legge in materia. L'assicurazione è prestata per una somma pari a quella assicurata per l'evento "infortunio".

La garanzia è prestata con una franchigia del 24% e pertanto:

- nessun indennizzo spetta qualora l'invalidità accertata sia pari od inferiore al 24%;
- per invalidità comprese tra il 25% ed il 32% l'indennizzo sarà pari al 10% del capitale;
- per invalidità comprese tra il 33% ed il 40% l'indennizzo sarà pari al 25% del capitale;
- per invalidità comprese tra il 41% ed il 50% l'indennizzo sarà pari al 40% del capitale;
- per invalidità comprese tra il 51% ed il 60% l'indennizzo sarà pari al 55% del capitale;
- per invalidità comprese tra il 61% ed il 75% l'indennizzo sarà pari al 75% del capitale;
- per invalidità superiore al 75% l'indennizzo sarà pari al 100% del capitale.

La presente estensione di garanzia vale a condizione che gli assicurati siano in buona salute e si siano sottoposti alle prescritte pratiche di profilassi.

Il Contraente si impegna ad informare gli Assicurati dell'obbligo di denunciare alla Compagnia di essere stati colpiti dalla malattia di cui trattasi indipendentemente dall'esito che essa avrà, nonché di produrre in

sede di denuncia la documentazione a prova dell'avvenuta profilassi. L'accertamento degli eventuali postumi d'invalidità verranno effettuati in Italia.

Art. 38 - Delimitazione dell'assicurazione

Fermo restando il principio contrattuale secondo il quale ciò che non viene espressamente escluso e/o delimitato rientra nell'operatività della garanzia, le Parti si danno reciprocamente atto che sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti da:

- a) guida od uso, anche come passeggero, di mezzi subacquei e di aeromobili, salvo quanto disposto dall'art. 32 [rischio volo];
 - b) uso non terapeutico di stupefacenti e/o allucinogeni e/o psicofarmaci;
 - c) operazioni chirurgiche, accertamenti, cure mediche non resi necessari da infortuni;
 - d) trasformazioni od assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) ed accelerazione di particelle atomiche;
 - e) atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato.
 - f) guida senza possesso di regolare patente di abilitazione, idonea al veicolo che si conduce.
- Sono comunque esclusi l'infarto e le ernie non traumatiche.

Art. 39 - Tabella INAIL

Per la valutazione del grado d'invalidità permanente si conviene di utilizzare la tabella prevista dall'allegato n.° 1 del D.P.R. n.° 1124 del 30.06.1965., abolendo qualsiasi distinzione, ove previsto, tra la parte destra e la parte sinistra del corpo e mantenendo la percentuale più favorevole all'Assicurato.

Art. 40 - Esonero denuncia infermità

Il Contraente è esonerato dal denunciare malattie, mutilazioni, difetti fisici di cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire. Gli Assicurati sono pertanto inclusi in garanzia indipendentemente dalle loro condizioni fisiche e di salute.

Nel caso di eventuali infortuni, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già menomati, nella valutazione del grado di invalidità permanente le percentuali di cui alla tabella prevista dall'allegato n.° 1 del D.P.R. n.° 1124 del 30.06.1965 sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Art. 41 - Responsabilità Civile del Contraente

- a) qualora, nonostante l'indennizzo liquidato a termini di polizza, l'Assicurato o, in caso di morte, i beneficiari od altri aventi diritto, congiuntamente o singolarmente, avanzino maggiori pretese nei confronti del Contraente a titolo di risarcimento dei danni per Responsabilità Civile, la Compagnia risponde delle maggiori somme che questi fosse tenuto a pagare per morte, invalidità permanente, inabilità temporanea, in eccedenza all'indennizzo predetto, fino alla concorrenza di un importo pari all'indennizzo stesso, ma entro il limite di € 200.000,00 (duecentomila/00) per persona;
- b) qualora in un medesimo sinistro siano coinvolti più Assicurati, il maggior esborso a carico della Compagnia non potrà complessivamente superare la somma di € 800.000,00 (ottocentomila/00);
- c) la garanzia prestata con la presente estensione dell'assicurazione è operante soltanto per gli infortuni indennizzabili con la presente polizza, ma non vale:
 - per le azioni di rivalsa esperite da Enti gestori di Assicurazioni Sociali;
 - se, in relazione agli infortuni indennizzabili ai termini della presente polizza, è in corso con la Compagnia una polizza per la copertura della Responsabilità Civile del Contraente da essi derivante;
- d) se per un infortunio viene iniziato un procedimento Penale od una causa in sede Civile, il Contraente dovrà darne comunicazione alla Compagnia appena ne ha conoscenza; parimenti dovrà informare questa di qualsiasi domanda proposta da infortunati o loro beneficiari od aventi diritto per conseguire risarcimenti a titolo di Responsabilità Civile, trasmettendole in ogni caso documenti, notizie e quanto altro riguarda la vertenza. La Compagnia assume fino a soluzione, sostenendone le spese, la gestione delle vertenze tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, sia Civile che Penale, a nome del Contraente, avvalendosi di tutti i diritti ed azioni a Lui spettanti.

Art. 42 - Condizioni aggiuntive

Relativamente alla Sezione D [Infortuni dei Volontari] per le persone rientranti nelle categorie "volontari" ed "altre persone da individuare di volta in volta" si conviene quanto segue:

l'assicurazione per ciascuna persona è prestata oltre che per i casi e le somme di cui all'art. 17 [persone assicurabile] ed art. 18 [limiti dell'assicurazione] anche per le seguenti garanzie:

- rimborso spese sanitarie fino a concorrenza di € 8.000,00 (ottomila/00) per sinistro;
- indennità di ricovero a seguito d'infortunio per € 50,00 (cinquanta/00) al giorno e per un periodo massimo di 365 (trecentosessantacinque) giorni;
- indennità per gessatura per € 50,00 (cinquanta/00) al giorno e per un periodo massimo di 365 (trecentosessantacinque) giorni, comprensivo dell'indennità per ricovero.

Per le cure delle lesioni causate da infortunio la Compagnia rimborsa fino alla concorrenza del massimale assicurato, le spese sostenute:

1. in caso di ricovero per la degenza in istituto di cura (onorari dei medici, cure mediche, esami, diritti di sala operatoria, materiale d'intervento comprese le endoprotesi, trattamenti riabilitativi, rette di degenza). Qualora le spese di ricovero siano interamente a carico del Servizio Sanitario Nazionale, la Compagnia, in sostituzione del rimborso, liquida una diaria di € 75,00 (settantacinque/00) per ogni pernottamento e per un massimo di 100 (cento) pernottamenti. La diaria sostitutiva cumula con la diaria da ricovero con il limite di € 125,00 (centoventicinque/00);
2. relativamente alle prestazioni sanitarie extra-ricovero, per accertamenti diagnostici, onorari dei medici, interventi chirurgici ambulatoriali e cure mediche, trattamenti riabilitativi, noleggio di apparecchiature terapeutiche e/o ortopediche, per cure e protesi dentarie rese necessarie da infortunio. Le spese per il materiale prezioso e le leghe speciali impiegati nelle protesi sono rimborsabili fino ad € 1.000,00 (mille/00) mentre non sono rimborsabili le spese per la riparazione o la sostituzione di protesi applicate prima dell'infortunio; per il trasporto dell'Assicurato al luogo di cura o di soccorso o da un istituto di cura all'altro con mezzi adeguati alla gravità delle condizioni dell'infortunato, il tutto fino alla concorrenza di € 500,00 (cinquecento/00), o di € 2.500,00 (duemilacinquecento/00) se vi è l'intervento dell'eliambulanza. Le spese del presente comma sono rimborsate nella misura dell'80% (ottantapercento), il rimanente 20% (ventipercento), con il limite di € 75,00 (settantacinque/00) per ogni infortunio, resta a carico dell'Assicurato;
3. in caso d'intervento riparatore del danno estetico per la chirurgia plastica fino alla concorrenza di € 2.500,00 (duemilacinquecento/00). Tali spese sono rimborsabili purché l'intervento riparatore avvenga entro due anni dal giorno dell'infortunio (provato da cartella clinica descrittiva del Pronto Soccorso) e non oltre un anno dalla scadenza del contratto.

Art. 43 – Buona fede

La mancata comunicazione da parte del Contraente di circostanze aggravanti il rischio, così come le inesatte od incomplete dichiarazioni rese all'atto della stipulazione della polizza, non comporteranno decadenza dal diritto all'indennizzo né riduzione dello stesso, sempre che tali omissioni od inesattezze siano avvenute in buona fede. La Compagnia ha il diritto di percepire la differenza di premio corrispondente al maggior rischio a decorrere dal momento in cui la circostanza si è verificata, previa trattativa tra le Parti con l'intervento del Broker.

Art. 44 – Colpa grave

La Compagnia risponde dei danni derivanti dagli eventi per i quali è prestata la garanzia determinati con colpa grave dell'Assicurato, dolo e colpa grave dei dipendenti del Contraente, degli Amministratori dell'Ente nonché di tutti coloro che occupino locali e/o insediamenti, oppure esercitino attività, purché legittimamente autorizzati dallo stesso Contraente.

Art. 45 – Rinuncia alla rivalsa

La Compagnia rinuncia ad avvalersi del diritto di surroga derivante dall'art. 1916 del Codice Civile lasciando così integri i diritti dell'Assicurato o dei suoi aventi causa nei confronti dei terzi responsabili dell'infortunio.

SEZIONE H – GESTIONE DEI SINISTRI

Art. 46 – Denuncia dei sinistri

In caso di sinistro il Contraente e/o l'Assicurato devono darne avviso alla Compagnia entro 15 (quindici) giorni da quando ne hanno avuto conoscenza. Se il fatto è mortale occorre immediatamente l'invio di un telegramma.

La denuncia deve contenere la descrizione dell'infortunio, il luogo, il giorno, l'ora, le cause che lo hanno determinato. Essa deve essere corredata dal certificato medico contenente la prognosi circa la ripresa, anche solo parziale, dell'attività lavorativa da parte dell'Assicurato. Successivamente l'Assicurato deve inviare certificati medici sul decorso delle lesioni. L'accertamento di eventuali postumi d'invalidità permanente deve essere effettuato in Italia.

In caso di applicazione di apparecchio gessato, la natura della lesione, la relativa immobilizzazione e la sua durata devono essere provati da cartella clinica o da documento equivalente rilasciato dall'istituto di cura o dal medico che ha effettuato l'intervento.

Per il rimborso delle spese di cura devono essere presentati i documenti di spesa in originale (fatture, notule, ricevute) debitamente quietanzati, nonché la relativa documentazione medica. La liquidazione viene effettuata a cura ultimata. Qualora intervenga il Servizio Sanitario Nazionale od altra assicurazione privata, detti originali possono essere sostituiti da copie con l'attestazione del contributo erogato dall'Ente pubblico o delle spese rimborsate dall'Assicuratore privato.

L'Assicurato, i suoi familiari e gli aventi diritto devono consentire la visita dei medici della Compagnia ed a qualsiasi indagine od accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato stesso.

Art. 47 – Controversie sulla natura e conseguenza delle lesioni

In caso di divergenze sul nesso causale tra evento e lesione, sulla natura o conseguenze delle lesioni, sul grado d'invalidità permanente o sulla durata e pertinenza dell'inabilità temporanea e delle spese di cura, si procederà, mediante arbitrato di un Collegio Medico. I due primi componenti di tale Collegio saranno designati dalle Parti ed il terzo con l'accordo dai primi due o, in caso di disaccordo, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il Collegio Medico.

Il Collegio Medico risiede nel Comune, che sia sede di istituto universitario di medicina legale e delle assicurazioni, più vicino alla residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza dei voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono sempre vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

Art. 48 – Liquidazione e pagamento

Ricevuta la necessaria documentazione, la Compagnia, determinato l'indennizzo che risulti dovuto, provvede al pagamento entro 30 (trenta) giorni. L'indennizzo verrà corrisposto in Italia. Il rimborso di spese di cura effettuate all'estero verrà eseguito al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta.

Art. 49 – Comunicazione sullo stato dei sinistri da parte della Compagnia

La Società si impegna a garantire al Contraente/Assicurato ed al Broker l'accesso all'Ispettorato sinistri per la discussione delle vertenze relative ai danni denunciati e comunque la facilitazione per gli opportuni collegamenti telefonici e via telefax.

La Società, inoltre, si impegna ad inviare al Broker, con cadenza semestrale, una comunicazione scritta che riporti lo stato dei sinistri denunciati ed aperti con i rispettivi numeri di protocollazione, data di accadimento, tipologia di avvenimento e le seguenti annotazioni:

- sinistro liquidato, con relativo importo;
- sinistro aperto, in corso di verifica;
- sinistro aperto, con comunicazione dell'importo a riserva;
- sinistro chiuso, senza seguito.

SEZIONE I - EVIDENZE DI GARANZIA e PREMIO**Art. 50 – Calcolo del premio**

SEZIONI		QUOTAZIONE UNITARIA	PREMIO LORDO €.
Sezione C) Sindaco + Assessori	n° 5		
Sezione C) Consiglieri	n° 12		
Sezione D) Giornate lavoro iniziali	n° 200		
Sezione E) Veicoli di proprietà / uso all'Ente	n° 11		
Sezione F) Alunni	n° 600		
TOTALE			

