

**CAPITOLATO PER L'ASSICURAZIONE**

**INFORTUNI**

**CIG: N° 8071402BA1**

La presente polizza è stipulata tra

<b>COMUNE DI ARICCIA</b>
<b>PIAZZA SAN NICOLA snc</b>
<b>00072 Ariccia - Roma</b>
<b>PIVA 01125551000</b>

e

<b><u>Società Assicuratrice</u></b>

**Durata del contratto**

<b>Dalle ore 24.00 del :</b>	<b>31/12/2019</b>
<b>Alle ore 24.00 del :</b>	<b>31/12/2022</b>

**Con scadenze dei periodi di assicurazione  
successivi al primo fissati:**

<b>Alle ore 24.00 di ogni:</b>	<b>31/12</b>
--------------------------------	--------------

**SEZIONE 1. DEFINIZIONI — RISCHI ASSICURATI ED IDENTIFICAZIONE DEGLI ASSICURATI**

**Art. 1 - Definizioni**

<b>Assicurazione :</b>	il contratto di assicurazione
<b>Polizza :</b>	il documento che prova e regola l'assicurazione;
<b>Contraente :</b>	il soggetto che stipula l'assicurazione riportato nel frontespizio della presente polizza.
<b>Assicurato :</b>	la persona fisica il cui interesse è protetto dalla Assicurazione
<b>Beneficiario :</b>	in caso di morte gli eredi legittimi o testamentari, in tutti gli altri casi l'assicurato stesso.
<b>Società :</b>	la compagnia assicuratrice, o il gruppo di compagnie, che ha assunto la presente assicurazione;
<b>Broker :</b>	La Aon S.p.A. incaricata dal Contraente della gestione ed esecuzione del contratto, riconosciuto dalla Società nonché dalle coassicuratrici.
<b>Premio :</b>	la somma dovuta dal Contraente alla Società.
<b>Rischio :</b>	la probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.
<b>Sinistro :</b>	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
<b>Indennizzo :</b>	la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
<b>Franchigia :</b>	la parte di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.
<b>Scoperto :</b>	la parte percentuale di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.
<b>Annualità assicurativa o periodo assicurativo :</b>	il periodo pari o inferiore a 12 mesi compreso tra la data di effetto e la data di scadenza o di cessazione dell'assicurazione.
<b>Infortunio :</b>	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.
<b>Invalidità permanente :</b>	la diminuita capacità o la perdita definitiva ed irrimediabile della capacità generica ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato.
<b>Istituto di cura</b>	L'ospedale pubblico, la clinica, la casa di cura sia accreditati presso il Servizio Sanitario Nazionali che privati, legalmente riconosciuti e regolarmente autorizzati al ricovero dei malati, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno
<b>Ricovero</b>	La degenza in Istituto di cura che comporti almeno un pernottamento
<b>Massimale per sinistro</b>	la massima esposizione della Società per sinistro.
<b>Veicolo/mezzo di locomozione</b>	autoveicoli, ciclomotori, motoveicoli, macchine agricole, macchine operatrici, natanti, mezzo di trasporto pubblico, trasporti specifici, autoveicoli per uso speciale e veicoli.
<b>Rischio in itinere</b>	Il tragitto dell'Assicurato dal domicilio o dimora anche occasionale al luogo ove lo stesso deve prendere servizio e viceversa, compresi i viaggi di trasferimento e missioni (andata e ritorno), effettuato con qualsiasi mezzo di locomozione, pubblico o privato, non escluso dalla presente polizza.

**Art. 2 — Rischi Assicurati - Identificazione degli Assicurati**

La presente polizza viene stipulata per tutte le categorie di seguito indicate ed identificate alla Sezione 6 della presente polizza, per le quali il Contraente ha l'obbligo od interesse ad attivare la copertura assicurativa.

L'assicurazione è prestata per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento di attività per conto del Contraente o presso di esso.

L'assicurazione vale per ciascun Assicurato anche per il rischio in itinere.

Si precisa che in caso di incarichi che prevedano trasferte di più giorni si intende assicurato l'intero arco temporale che va dalla partenza dal proprio domicilio o dimora occasionale sino al successivo rientro ricomprendendo le attività, anche di rappresentanza e vita sociale, praticate durante la trasferta ad eccezione dei soli rischi sportivi.

Sono compresi in garanzia anche gli infortuni dovuti a colpa grave del Contraente / Assicurato.

La copertura prestata ed i capitali assicurati per ciascun appartenente alle categorie sopraindicate sono specificati all'art. 1) della successiva Sezione 6.

Il Contraente è esonerato dal dichiarare i dati anagrafici degli assicurati e per la loro identificazione e per il computo del premio si farà riferimento agli atti/registri depositati presso il Contraente.

L'assicurazione copre automaticamente tutti gli Assicurati senza alcuna notifica preventiva dei rischi, purché il Contraente dia comunicazione alla Società al termine di ogni annualità assicurativa, nei termini previsti dalla presente polizza, del numero effettivo degli Assicurati e degli altri elementi variabili riportati nella Sezione 6 della presente polizza.

Il Contraente resta altresì esonerato dall'obbligo di notificare 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, del loro successivo inserimento, o che dovessero in seguito sopravvenire.

La presente polizza si intende operante per infortuni occorsi nel mondo intero. Gli eventuali indennizzi verranno corrisposti solo in Italia in Euro (€).

## SEZIONE 2. NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

### **Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio**

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

Il Contraente deve comunicare alla Società ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 C.C.. La Società ha peraltro il diritto di percepire la differenza di premio corrispondente al maggior rischio a decorrere dal momento in cui la circostanza si è verificata.

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

Tuttavia l'omissione, incompletezza o inesattezza della dichiarazione da parte del Contraente di una circostanza eventualmente aggravante il rischio, durante il corso della validità della presente polizza così come all'atto della sottoscrizione della stessa, non pregiudicano il diritto all'indennizzo, sempreché tali omissioni, incomplete o inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo dei legali rappresentanti degli assicurati.

Si precisa inoltre che il Contraente e l'Assicurato sono esentati da qualsiasi obbligo di dichiarare i sinistri che avessero colpito polizze da loro sottoscritte a copertura dei medesimi rischi precedentemente la stipulazione della presente polizza di assicurazione.

### **Art. 2 - Assicurazione presso diversi Assicuratori**

E' data facoltà al Contraente di non comunicare altre assicurazioni che avesse in corso o che stipulasse in futuro con altre imprese per gli stessi rischi assicurati con il presente contratto di assicurazione.

Il presente contratto di assicurazione s'intende stipulato indipendentemente ed in aggiunta alle assicurazioni obbligatorie previste per gli infortuni sul lavoro dalle leggi vigenti e da quelle eventuali future.

Il Contraente è inoltre esonerato dal denunciare le assicurazioni a favore dei propri dipendenti a cui fosse tenuto per legge o per disposizioni aventi comunque carattere obbligatorio, delle quali la presente costituisce un complemento, pur essendo completamente separata ed indipendente.

Gli Assicurati sono esentati dall'obbligo di comunicare l'esistenza di altre assicurazioni stipulate da loro stessi o da altri a copertura degli stessi rischi assicurati con il presente contratto.

### **Art. 3 – Pagamento del premio e decorrenza dell'assicurazione**

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza ancorché il premio venga versato, in deroga all'Art. 1901 Codice Civile, entro 60 giorni a partire dalla data di decorrenza della copertura, fermo restando l'effetto dell'operatività della copertura dalle ore 24.00 del giorno di decorrenza. In mancanza di pagamento del premio, la garanzia rimane sospesa dalla fine di tale periodo e riprende vigore alle ore 24.00 del giorno di pagamento del premio.

Se il Contraente non paga i premi per le rate successive 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. (Art.1901 cc).

Il premio alla firma decorre dalle ore 24.00 del 31.12.2019 fino alle ore 24.00 del 31.12.2020. Le rate successive hanno frazionamento annuale con decorrenza il 31.12.

Qualora le eventuali verifiche effettuate dal Contraente presso Equitalia Servizi S.p.A., ai sensi del Decreto Ministeriale n.40 del 18/01/2008 e della Circolare del Ministero dell'Economia e delle Finanze n.22 del 29/07/2008, evidenziassero un inadempimento a carico della Società, la Società stessa da atto che l'Assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuate dal Contraente ai sensi di Legge, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 (trenta) giorni di cui all'art. 3 del Decreto sopra citato.

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 c.c. nei confronti della Società stessa.

L'assicurazione è altresì operante fino al termine delle verifiche e dei controlli che il contraente deve effettuare in capo all'aggiudicatario della presente polizza circa il possesso di tutti i requisiti di partecipazione richiesti nel bando e nel disciplinare di gara, nonché quelli richiesti dalle vigenti disposizioni normative per la stipula dei contratti con le Pubbliche Amministrazioni, ex artt. 32 e 33 del D.Lgs. 50/2016 e

ss.mm.ii., anche qualora dette verifiche e controlli eccedessero temporalmente rispetto ai termini di mora previsti nel presente articolo in relazione al pagamento della prima rata.

Anche le eventuali variazioni comportanti un incasso di premio potranno essere pagate entro 60 (sessanta) giorni dalla data di ricezione, da parte del Contraente, del relativo documento correttamente emesso dalla Società.

Anche per questi casi resta convenuto che si applicano tutte le condizioni e le modalità di pagamento previste dal presente art. “Pagamento del premio e decorrenza dell’assicurazione”, restando altresì inteso che l’assicurazione decorre, con copertura immediata, dalle ore 24.00 del giorno indicato nel documento di variazione.

#### **Art. 4 — Durata dell'assicurazione – proroga – disdetta**

La presente polizza ha durata dalle ore 24.00 del 31.12.2019 e scadenza alle ore 24.00 del 31.12.2022; a tale data la polizza si intenderà cessata senza obbligo di preventiva disdetta.

La durata del contratto potrà essere rinnovata per ulteriore anni due, eventualmente richiedibili di anno in anno, alle medesime condizioni di cui al presente contratto, previa adozione di apposito atto da parte del Contraente.

E’ facoltà del Contraente, entro la naturale scadenza, richiedere alla Società la proroga della presente assicurazione, fino al completo espletamento delle procedure d’aggiudicazione della nuova assicurazione e comunque per un periodo massimo di 180 (centottanta) giorni. Tale facoltà può essere esercitata una o più volte nell’ambito di tale periodo.

La Società s’impegna a prorogare l’assicurazione, per il periodo massimo suddetto, alle medesime condizioni, contrattuali ed economiche, in vigore ed il relativo rateo di premio verrà corrisposto entro 60 (sessanta) giorni dall’inizio della proroga. Tale impegno da parte della Società decade qualora sia esercitato il recesso in caso di sinistro di cui alla successiva clausola.

E’ comunque nella facoltà delle Parti di disdettare la presente assicurazione alla scadenza di ogni anno, mediante disdetta da inviare tramite Raccomandata A/R, telegramma o PEC (posta elettronica certificata) spedita almeno 4 (quattro) mesi prima della scadenza annuale.

L’Amministrazione, a seguito di 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 e ss.mm. e ii.), si riserva di recedere dal contratto qualora accerti condizioni più vantaggiose rispetto a quelle praticate dall’affidatario, nel caso in cui la Società 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. 5 - Regolazione del premio**

Il premio viene anticipato dal Contraente per ogni periodo assicurativo in via provvisoria nell’importo risultante dal conteggio esposto in polizza ed 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.

La presente polizza non è soggetta a premio minimo annuale.

A tale scopo entro 90 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o della minor durata del contratto, il Contraente deve fornire per iscritto alla Società i dati necessari, affinché la stessa possa procedere alla regolazione del premio definitivo.

Le differenze attive e passive, risultanti dalla regolazione, devono essere pagate nei sessanta giorni dalla relativa comunicazione da parte della Società.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti od il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società deve fissargli, mediante atto formale di messa in mora, un ulteriore termine non inferiore a 30 giorni dandone comunicazione scritta, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto od a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo annuo per il quale non ha avuto luogo la regolazione od il pagamento della differenza attiva e la garanzia resta sospesa fino alle ore 24.00 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto i suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

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 conguaglio).

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie gli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società deve fissargli lo stesso termine di 30 giorni trascorso il quale, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, la Società stessa non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

La Società ha il diritto di effettuare verifiche e controlli per i quali il Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie.

**Art. 6 – Recesso in caso di sinistro**

Dopo ogni sinistro e fino al trentesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società o il Contraente possono recedere dall'assicurazione con preavviso di 120 (centoventi) giorni da darsi con lettera Raccomandata R/R, telegramma o posta elettronica certificata (PEC). Il computo di 120 giorni decorre dalla data di ricevimento della suddetta lettera raccomandata da parte del ricevente. In tal caso la Società, entro 30 (trenta) giorni dalla data d'efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta governativa, relativa al periodo di rischio non corso, conguagliata con quanto eventualmente dovuto dal Contraente per variazioni intervenute nel corso di validità della polizza.

La riscossione di premi, o rate di premio, venuti a scadenza dopo il recesso per sinistro o qualunque altro atto della Società e/o del Contraente, non potranno essere interpretati come rispettiva rinuncia della Società stessa a valersi della facoltà di recesso. Resta inteso che i predetti premi sono dovuti in pro-rata al periodo residuo di validità della polizza venutosi a determinare a seguito del recesso.

**Art. 7 - Modifiche dell'assicurazione**

Le eventuali modifiche alla presente polizza debbono essere provate per iscritto.

**Art. 8 - Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società**

Tutte le comunicazioni tra le parti debbono essere fatte in forma scritta con lettera raccomandata, telefax, posta elettronica, posta elettronica certificata, o altro mezzo idoneo ed indirizzate al Broker.

Le comunicazioni alle quali il Contraente è tenuto potranno essere indirizzate alla Società oppure al Broker al quale il Contraente ha conferito incarico per la gestione della polizza. Analoga procedura adotta la Società nei confronti del Contraente.

Costituiscono eccezione a quanto sopra pattuito l'eventuale disdetta della polizza ed il recesso per sinistro che ciascuna delle Parti è tenuta ad inviare direttamente all'altra parte nei termini e modalità previsti dalla presente polizza.

**Art. 9 – Titolarità dei diritti nascenti dalla polizza**

Le azioni, le ragioni ed i diritti nascenti dalla polizza non possono essere esercitati che dal Contraente e dalla Società.

Spetta in particolare al Contraente compiere gli atti necessari all'accertamento ed alla liquidazione dei danni. L'accertamento e la liquidazione dei danni così effettuati sono vincolanti anche per l'Assicurato, restando esclusa ogni sua facoltà di impugnativa. L'indennizzo liquidato a termini di polizza non può tuttavia essere pagato se non nei confronti e con il consenso dei titolari dell'interesse assicurato.

**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.

**Art. 12 - Interpretazione del contratto**

Si conviene fra le Parti che verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole all'Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di polizza.

**Art. 13 - Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischi**

La Società o l'Agenzia alla quale è assegnato il contratto, entro 30 giorni da ciascuna scadenza annuale, si impegna a fornire al Contraente per il tramite del Broker dei tabulati contenenti i dati relativi all'andamento del rischio dall'inizio del contratto assicurativo, possibilmente in formato elettronico (Excel).

Tali tabulati dovranno riportare per ciascun sinistro:

- numerazione attribuita alla pratica
- data di accadimento,
- stato di gestione del sinistro (aperto / riservato / liquidato / senza seguito)
- importo liquidato o posto a riserva
- sinistri respinti (mettendo a disposizione, se richiesto, le motivazioni scritte).

Si precisa in proposito che:

- i predetti tabulati dovranno essere forniti entro 30gg da ciascuna delle date sopra indicate, anche in assenza di formale richiesta scritta del Contraente e/o del Broker;
- in previsione della scadenza definitiva del contratto, ed al fine di consentire l'indizione di una nuova procedura di gara, gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al Contraente di chiedere ed ottenere un aggiornamento con le modalità di cui sopra in date diverse da quelle indicate;
- l'obbligo di fornire i dati in argomento permane anche successivamente alla definitiva scadenza del contratto, a fronte di formale richiesta scritta da parte del Contraente, anche per il tramite del broker, da inviarsi con cadenza annuale a far tempo dalla data di cessazione della polizza.

Nel caso in cui la Società esercitasse la facoltà di recesso di cui all'art. "Recesso in caso di sinistro", la statistica dettagliata dei sinistri deve essere fornita in automatico dalla Società entro e non oltre 30 giorni di calendario dalla data in cui il recesso è stato inviato.

#### **Art. 14 - Assicurazione per conto altrui**

Poiché la presente assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 del Codice Civile.

#### **Art. 15 - Coassicurazione e delega**

Qualora l'assicurazione fosse divisa per quote tra le diverse Società indicate nella Scheda Offerta Economica relativa alla presente assicurazione, l'assicurazione è ripartita per quote tra le Società indicate nel riparto del premio; ciascuna di esse è tenuta alla prestazione in proporzione della rispettiva quota, quale risulta dal contratto, esclusa ogni responsabilità solidale.

Il Contraente dichiara di aver affidato la gestione del presente contratto alla Aon S.p.A. e le imprese assicuratrici hanno convenuto di affidarne la delega alla Società designata in frontespizio della presente polizza; di conseguenza, tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti per conto del Contraente e degli Assicurati dalla Aon S.p.A. la quale tratterà con l'impresa Delegataria informandone le Coassicuratrici.

In particolare, tutte le comunicazioni inerenti il Contratto, ivi comprese quelle relative al recesso o alla disdetta ed alla gestione dei sinistri, si intendono fatte o ricevute dalla 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, se avvenuto per il tramite del broker, verrà effettuato nei confronti di ciascuna Società.

Sempre nel caso in cui l'assicurazione fosse divisa per quote tra diverse Società, con la sottoscrizione della presente polizza, le Società Coassicuratrici danno mandato alla Società a firmare la polizza ed i successivi documenti di modifica anche in loro nome e per loro conto, pertanto la firma apposta dalla Società rende validi ad ogni effetto i successivi documenti anche per le Società Coassicuratrici.

Il dettaglio dei premi, accessori e imposte, spettanti a ciascuna Coassicuratrice, risulta dall'apposita tabella di riparto.

Resta inteso che in caso di sinistro la Società Delegataria (in appresso Società) ne gestirà e definirà la liquidazione e le Società Coassicuratrici, che si impegnano ad accettare la liquidazione definita dalla Società, concorreranno nel pagamento in proporzione della quota da esse assicurata, esclusa ogni responsabilità solidale; la Società si impegna, altresì ed in ogni caso, ad emettere atto di liquidazione per l'intero importo dei sinistri ed a rilasciare all'Assicurato quietanza per l'ammontare complessivo dell'indennizzo.

**Art. 16 - Tracciabilità dei flussi finanziari**

L'assicuratore assume tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'articolo 3 della legge 13 agosto 2010, n. 136 e successive modifiche al fine di assicurare la tracciabilità dei movimenti finanziari relativi all'appalto. Ai fini della tracciabilità dei flussi finanziari gli strumenti di pagamento devono riportare nella causale il codice identificativo di gara (CIG). Qualora l'assicuratore 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. 17 - Clausola Broker**

Alla Società Aon S.p.a in è affidata la gestione e l'esecuzione della presente assicurazione in qualità di Broker, ai sensi degli articoli 108 e seguenti del D.Lgs. 209/2005 e ss.mm.ii.

Il Contraente e la Società si danno reciprocamente atto che ogni comunicazione inerente l'esecuzione della presente assicurazione avverrà anche per il tramite del Broker incaricato.

Pertanto, agli effetti delle condizioni della presente polizza, la Società dà atto che ogni comunicazione fatta dal Contraente/Assicurato al Broker si intenderà come fatta alla Società stessa e viceversa, come pure ogni comunicazione fatta dal Broker alla Società si intenderà come fatta dal Contraente/Assicurato stesso. Si precisa che qualora le comunicazioni del contraente comportassero una modifica contrattuale impegneranno gli Assicuratori solo dopo il consenso scritto.

Nell'rispetto degli adempimenti previsti dalla normativa vigente si precisa che, con riferimento all'art 118 del D.Lgs. 209/2005 ed all'art .55 del regolamento IVASS n.05/2006 e ss. mm. ii., il Broker è autorizzato ad incassare i premi. La Società inoltre, riconosce che il pagamento dei premi possa essere fatto dal Contraente tramite il Broker sopra designato; resta intesa l'efficacia liberatoria anche a termine dell'art. 1901 Codice Civile del pagamento così effettuato.

La remunerazione del broker è a carico della Società nella misura del 5,5% sul premio imponibile. Tale remunerazione sarà trattenuta all'atto del pagamento del premio, effettuato dallo stesso Broker, alla Società.

Qualora nel corso di esecuzione del presente contratto verrà a scadere il contratto di brokeraggio assicurativo stipulato dal Contraente con il sopra citato Broker, il Contraente stesso comunicherà alla Società il nominativo del nuovo soggetto affidatario dell'infranominato servizio.

**Art. 18 - Rinvio alle norme di legge**

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

\*\*\*\*\*



### SEZIONE 3. RISCHI COPERTI

#### Art. 1— Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni subiti dagli Assicurati, identificati all'art. 1 della Sezione 6, durante l'espletamento di qualsiasi incarico o mansione svolto per conto della Contraente o presso di esso.

Sono equiparati ad infortunio anche:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- soffocamento da ingestione di solidi e/o liquidati;
- gli avvelenamenti acuti di origine traumatica, da ingestione o assorbimento di cibo o sostanze;
- contatto con corrosivi, ustioni in genere;
- le affezioni conseguenti a morsi di animali o rettili o a punture di insetti o aracnidi, esclusi il carbonchio, la malaria e le malattie tropicali;
- l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento;
- la folgorazione;
- i colpi di sole, di calore o di freddo;
- le lesioni (esclusi gli infarti) determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico;
- gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza, esclusi comunque quelli conseguenti ad ubriachezza;
- gli infortuni derivanti da 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 e negligenza anche gravi;
- gli infortuni derivanti dall'uso o guida di ciclomotori e motocicli di qualunque cilindrata, trattori e macchine agricole semoventi, veicoli a motore e natanti in genere, a condizione che l'Assicurato 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;
- gli infortuni causati da pratica non professionale di qualsiasi sport, ad eccezione di sports aerei in genere e paracadutismo.

#### Art. 2 - Rimborso Spese Mediche (valido per le sole Categorie di Assicurati per le quali è indicato il relativo capitale alla Sezione 6)

La Società garantisce, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza e fino alla concorrenza per ogni sinistro del massimale espresso per la singola categoria nell'apposita scheda della Sezione 6, il rimborso delle spese sostenute per le seguenti prestazioni:

- onorari dei medici, dei chirurghi e dell'équipe operatoria;
- uso della sala operatoria, materiale d'intervento, apparecchi terapeutici ed endoprotesi applicati durante l'intervento;
- accesso al pronto soccorso
- rette di degenza in ospedali e case di cura;
- visite mediche e specialistiche, per accertamenti diagnostici, esami di laboratorio e terapie fisiche;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- prestazioni medico-infermieristiche, medicinali, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari incluse le carrozzelle ortopediche;
- trasporto dal luogo dell'infortunio ad un Istituto di Cura attrezzato, il trasporto tra Istituti di Cura e dall'Istituto di Cura al domicilio dell'Assicurato con il mezzo di trasporto ritenuto più idoneo dai medici (valido in Italia ed all'estero).

- farmaceutiche resesi necessarie a seguito dell'infortunio, compresi eventuali ticket, anche se effettuate in regime ambulatoriale/domiciliare successivamente alla dimissione dal ricovero o alla certificazione di un Pronto Soccorso dipendente da un presidio ospedaliero che ha prestato le prime cure. Qualora l'assicurato venga ritenuto non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera pubblica ove è avvenuto l'infortunio, la Società rimborsa, altresì, le spese per il trasferimento aereo e/o con altro mezzo idoneo in un centro ospedaliero anche privato attrezzato per le necessarie cure.

#### **Art. 3 — Danni estetici**

In caso di infortunio indennizzabile, con conseguenze di carattere estetico, la Società rimborserà, anche in eccesso al massimale previsto per le spese mediche, fino ad un massimo di € 2.600,00= 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.

#### **Art. 4 — Rischio aeronautico**

L'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei turistici o di trasferimento, effettuati in qualità di passeggero, su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti tranne che:

- da società/aziende di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;
- da Aeroclub.

La somma delle garanzie di cui alla presente polizza e eventuali altre assicurazioni stipulate dall'assicurato o da altri in suo favore per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni, non potrà superare le seguenti somme assicurate per persona:

- € 1.033.000,00 per il caso morte
- € 1.033.000,00 per il caso di invalidità permanente

**Resta espressamente convenuto che in nessun caso la Società potrà essere chiamata a risarcire, a seguito di sinistro, un indennizzo complessivo superiore ad € 5.200.000,00= qualunque sia il numero degli Assicurati viaggianti sull'aeromobile.** Qualora il predetto limite massimo fosse insufficiente a coprire per intero il totale degli indennizzi liquidabili a termini di polizza, in dipendenza del medesimo sinistro, la Società liquiderà ciascun Assicurato in base alla proporzione esistente tra il suddetto limite ed il totale degli indennizzi che sarebbero liquidabili a termini di polizza. In detta limitazione per aeromobile rientrano anche i capitali riferentisi ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze infortuni cumulative stipulate dallo stesso Contraente.

Agli effetti della presente garanzia, il viaggio aereo 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; la salita e la discesa, mediante scale ed altre attrezzature speciali aeroportuali, fanno parte del rischio del volo.

Sono inoltre compresi gli eventuali infortuni che dovessero verificarsi in conseguenza di atti di pirateria aerea o di forzato dirottamento compreso quindi l'eventuale viaggio aereo di trasferimento dal luogo dove l'Assicurato fosse stato dirottato fino alla località di arrivo definitiva prevista dal biglietto aereo.

La garanzia di cui al presente articolo non è valida nel caso di polizze con durata inferiore ad un anno.

#### **Art. 5 — Servizio militare**

Per quanto riguarda il personale alle dirette dipendenze dell'Ente, durante il servizio militare di leva, il servizio sostitutivo, l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale l'assicurazione resta valida ma non comprende gli infortuni subiti durante le attività militari così come definite in precedenza.

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.

#### **Art. 6 — Rischio guerra**

A parziale deroga del disposto dell'Art. 1 Sezione 4, la garanzia viene estesa agli infortuni avvenuti all'estero (escluso comunque il territorio della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino) derivanti da stato di guerra civile, guerra, invasione, atti nemici, ostilità (sia che la guerra sia dichiarata e no), per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di eventi bellici mentre si trova all'estero.

**Art. 7 — Indennità Morte da aggressione**

La Società, per il solo caso di morte determinata da aggressione, atti di terrorismo, attentati ai danni delle persone assicurate, corrisponderà in aggiunta all'indennità prevista in polizza, una ulteriore somma pari al 50% di quella assicurata per il medesimo titolo.

**Art. 8 – Malattie Tropicali – Malaria**

La garanzia viene estesa alle malattie tropicali, intendendosi come tali quelle diagnosticate dai medici curanti, fino a concorrenza delle somme assicurate ma con un massimo indennizzo di € 100.000,00. La malaria si intende parificata alle malattie tropicali. Si conviene che non si darà luogo ad indennizzo per Invalidità Permanente quando questa sia di grado non superiore al 15% della totale; se essa risulterà pari o superiore al 15% della totale, l'indennità verrà corrisposta soltanto per la parte eccedente.

La validità di questa garanzia è subordinata al fatto che l'Assicurato si trovi in perfette condizioni di salute e che si sia sottoposto alle prescritte pratiche di profilassi richieste dalle Autorità sanitarie dei paesi ove si reca. In caso di divergenza sulla diagnosi della malattia la decisione è rimessa al Collegio Medico secondo la procedura prevista all'art. 4 della Sezione V.

**Art. 9 – Spese per il rimpatrio (valido in Italia e all'Estero)**

La Società assicura per ogni infortunio indennizzabile a termini di polizza e fino alla concorrenza della somma di € 6.000,00= il rimborso delle spese di rimpatrio che le persone assicurate (o il Contraente per esse) dovessero sostenere a seguito di infortunio grave, nonché il rimborso delle spese sostenute in caso di decesso per il rimpatrio della salma

La Società effettua il rimborso agli aventi diritto previa presentazione in originale dei documenti giustificativi.

**Art. 10 - LIMITI TERRITORIALI E DI RISARCIMENTO**

L'assicurazione vale per gli infortuni avvenuti in tutti i paesi del mondo.

In ogni caso il pagamento delle indennità verrà effettuato in Italia con moneta nazionale.

**Nel caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più Assicurati, l'esborso a carico della Società non potrà superare la somma complessiva di € 5.200.000,00=.**

\*\*\*\*\*

#### SEZIONE 4. ESCLUSIONI

##### **Art. 1 — 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 all'art. 9, Sezione 3;
2. durante la guida e l'uso di mezzi di locomozione aerea e la guida di mezzi subacquei, salvo quanto previsto all'art. 7, Sezione 3;
3. in conseguenza di dolo o di azioni delittuose dell'Assicurato;
4. sotto influenza di stupefacenti, psicofarmaci ed allucinogeni assunti volontariamente fatto salvo se dietro prescrizione medica;
5. da 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 gare e corse (e relative prove) calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo; dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove) che comportano l'uso o la guida di veicoli a motore e natanti, salvo che si tratti di regolarità pura, dalla pratica del paracadutismo, del pugilato e dell'alpinismo.

##### **Art. 2 — Persone escluse dall'assicurazione o non assicurabili**

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

\*\*\*\*\*

#### SEZIONE 5. GESTIONE DEI SINISTRI

##### **Art. 1- Denuncia del sinistro e relativi obblighi**

La denuncia dell'infortunio dovrà contenere l'indicazione del luogo, del giorno e dell'ora dell'evento, nonché le cause che lo hanno determinato, dovrà essere corredata di certificato medico ed indirizzata al broker o alla Società, entro il 30° giorno dall'infortunio o dal momento in cui l'ufficio addetto alla gestione dei contratti assicurativi dell'Ente Contraente, l'Assicurato od i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità.

Avvenuto l'infortunio, l'Assicurato deve ricorrere alle cure di un medico e seguirne le prescrizioni.

Successivamente l'Assicurato deve inviare, periodicamente e sino a guarigione avvenuta, certificati medici sul decorso delle lesioni.

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 a mezzo telefax e/o telegramma.

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

##### **Art. 2 — Criteri di indennizzabilità**

La Società corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio può avere esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

Parimenti, nei casi di preesistente mutilazione o difetto fisico, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti.

a) MORTE

L'indennizzo per il caso di morte è dovuto se la morte stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno dell'infortunio.

Tale indennizzo viene liquidato ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.

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

b) MORTE PRESUNTA

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

La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi 6 mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta ai termini degli art. 60 e 62 C.C.

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

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

c) INVALIDITA' PERMANENTE

Se l'infortunio ha per conseguenza un'invalidità permanente e questa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - ma comunque entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquiderà a tale titolo una indennità, calcolata sulla somma assicurata per invalidità permanente assoluta indicata nella scheda della Sezione VI.

La valutazione del grado di Invalidità Permanente sarà effettuata facendo riferimento alla Tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria per gli infortuni e le malattie professionali approvato con D.P.R. del 30.06.1965 n.1124 e successive modifiche, con rinuncia da parte della Società all'applicazione delle franchigie relative previste dalla Legge, con l'intesa che le percentuali indicate nella Tabella anzidetta vengano riferite ai capitali assicurati per il caso di invalidità permanente totale.

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

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

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 vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta. Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi o arti, l'indennità viene stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al limite massimo del 100%.

Nel caso di ernia addominale e traumatica che per essere determinata da infortunio risulti compresa in garanzia, l'indennità è stabilita come segue:

- se l'ernia risulta operabile verrà corrisposta solamente l'indennità per il caso di Inabilità Temporanea - ove sia prevista - fino ad un massimo di 30 giorni;
- se l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, la Società corrisponde una indennità non superiore al 10% della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente totale;

- qualora insorga contestazione circa l'operabilità o meno dell'ernia, la decisione sarà rimessa al Collegio Arbitrale di cui al successivo art. 3.

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

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

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

L'indennità per la perdita funzionale ed anatomica di una falange del pollice è stabilita nella metà, per la perdita anatomica di una falange dell'alluce nella metà e per quella di una falange di qualunque altro dito in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito.

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

Nei casi di invalidità permanente di grado pari o superiore al 50% sarà liquidata l'indennità pari all'intero capitale assicurato.

Per i casi in cui l'infortunio comporti una invalidità permanente di grado prevedibilmente superiore al 20% (ventipercento) e sia certamente indennizzabile, la Società porrà a disposizione dell'assicurato, a titolo di acconto, un importo pari ad un terzo dell'indennità corrispondente all'indennizzo valutato al momento, da conguagliarsi in sede di definitiva liquidazione del sinistro.

Il pagamento di tale anticipazione da parte della Società avverrà entro 30 giorni dal ricevimento della certificazione medica da cui risulta l'entità presunta dell'invalidità.

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

#### d) SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO

La Società, in caso d'infortunio rientrante nella garanzia prestata, anche se non determinante la morte o l'invalidità permanente, rimborsa all'Assicurato, fino alla concorrenza dell'importo convenuto con il massimo di quanto stabilito alla Sezione 6, le spese sostenute per le prestazioni sanitarie indicate all'art. 2 della Sezione 3.

Le spese verranno liquidate a presentazione di fatture, notule, documenti di spesa, prescrizioni mediche, diagnosi. 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, le Parti si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere se ed in quale misura siano dovuti i rimborsi e le indennità a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo dalle Parti di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio medico. Il collegio medico risiede ove ha sede l'Assicurato.

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

Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono obbligatorie per le parti anche se uno dei medici si 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 30 giorni dalla sottoscrizione dell'atto di liquidazione da parte della Società.  
L'indennità viene corrisposta in Italia in Euro.

**Art. 5 - Rinuncia all'azione di surroga**

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

**Art. 6 – CONDIZIONI PARTICOLARI VALIDE PER LA CATEGORIA ART. 1.4 APPARTENENTI AL GRUPPO COMUNALE VOLONTARI DI PROTEZIONE CIVILE**

Per gli appartenenti alla Cat. Art. 1.4 si intendono operanti le seguenti ulteriori condizioni:

**6.1 Diaria per ricovero**

La Società corrisponde, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza, l'indennità giornaliera indicata a tale titolo nella Sezione 6 fino al limite ivi stabilito, per ogni giorno di degenza, effettuato in Istituti di Cura pubblici, accreditati o privati in Italia o all'estero. Al fine del computo dei giorni di degenza, il giorno di entrata e quello di uscita sono computati come un singolo giorno.

Qualora sia provato che l'infortunio ha causato il ricovero, la Società con riferimento alla natura ed alla conseguenza delle lesioni riportate dall'Assicurato, liquida l'indennità giornaliera prevista per la categoria, integralmente.

L'indennità cessa con il giorno della avvenuta guarigione risultante dal certificato medico; se però l'Assicurato non trasmette tale certificato, viene considerata data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato medico regolarmente inviato. L'indennità viene corrisposta per il periodo massimo previsto alla Sezione 6 della presente polizza.

**6.2 Oggetto dell'assicurazione Invalidità Permanente da Malattia per causa di servizio**

L'assicurazione si intende prestata per il caso invalidità permanente – nel limite della somma indicata a tale titolo alla Sezione 6 – conseguente a malattia insorta successivamente alla data di effetto dell'assicurazione stessa purché tale invalidità permanente sia stata contratta in servizio ed a causa di servizio nello svolgimento delle attività professionali previste dalla presente polizza e si sia manifestata non oltre un anno dalla cessazione della presente polizza.

E' considerata malattia ogni alterazione a carattere evolutivo dello stato di salute. E' considerata invalidità permanente la perdita o la diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità a svolgere un lavoro adeguato al genere di attività esercitata per conto del Contraente al momento dell'insorgere della malattia.

Non sono assicurabili le persone affette da tossicomania o alcoolismo e l'assicurazione cessa automaticamente con il loro manifestarsi.

Sono comunque escluse dall'assicurazione le invalidità permanenti derivanti direttamente o indirettamente da:

- abuso di alcoolici od uso, a scopi non terapeutici di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni;
- trasmutazione del nucleo dell'atomo, ovvero radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- guerra o insurrezioni.

**6.3 Criteri e termini di liquidazione della invalidità permanente da malattia**

Nessuna indennità spetta quando l'invalidità permanente accertata sia di grado inferiore o pari al 40% della totale. Quando l'invalidità permanente accertata sia invece di grado superiore al 40% la Società liquida un'indennità calcolata sulla somma assicurata in base alla seguente tabella:

% I.P. ACCERTATA	% I.P. DA LIQUIDARE	% I.P. ACCERTATA	% I.P. DA LIQUIDARE	% I.P. ACCERTATA	% I.P. DA LIQUIDARE
=	=	48	48	59	77
=	=	49	49	60	80
=	=	50	50	61	83
=	=	51	53	62	86
41	34	52	56	63	89
42	36	53	59	64	92
43	38	54	62	65	95

COMUNE DI ARICCIA – Capitolato di polizza Infortuni Cumulativa

44	40	55	65	Oltre 65	100
45	42	56	68		
46	44	57	71		
47	46	58	74		

La valutazione dell'invalidità permanente viene effettuata secondo i criteri stabiliti per le assicurazioni sociali contro gli infortuni e le malattie professionali, con riferimento alle disposizioni contenute nel T.U. disciplinante la materia di cui al D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124.

Nei casi di invalidità permanente non previsto dal T.U. di cui sopra la percentuale dell'invalidità permanente verrà stabilita per accordo tra le parti.

In ogni caso di mancato accordo fra le parti la percentuale di invalidità permanente viene accertata con le modalità previste dall'art. 3 della sezione 5 - Controversie – non prima che sia decorso un anno dalla data di denuncia della malattia.

Il collegio arbitrale giudica secondo norme, procedure e facoltà prevista dal suindicato articolo.

La Società corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive della malattia denunciata e che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti; pertanto l'influenza che la malattia denunciata può avere esercitato su tali condizioni come pure il pregiudizio che esse possano portare all'esito della malattia denunciata sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

#### 6.4 Limite di età

L'assicurazione non vale per le persone di età superiore ai **65 anni** e cessa dalla successiva scadenza annuale del premio per quelle che raggiungano tale limite di età, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso dei premi scaduti dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tale caso verrebbero restituiti a richiesta del Contraente.

#### 6.5. Denuncia della malattia e obblighi

Fermo quanto rimanendo all'art. 1 della presente Sezione 5, nel caso di malattia che abbia comportato o sembri comportare un'invalidità permanente indennizzabile a sensi delle condizioni previste dalla presente polizza, deve essere presentata denuncia scritta, con unita la seguente documentazione:

- certificato medico che descriva la natura della malattia, suo decorso e presumibili conseguenze;
- entro 6 mesi dall'avvenuta guarigione clinica e comunque non oltre 1 anno dalla data di denuncia della malattia, l'assicurato è tenuto a far pervenire alla Società un certificato medico con l'indicazione del grado di invalidità permanente direttamente ed esclusivamente residuo dalla malattia unitamente a copia delle cartelle cliniche e di ogni altro documento atto a contribuire alla valutazione dei postumi invalidanti.

L'Assicurato deve sottoporsi in Italia agli accertamenti e controlli medici disposti dalla Società, fornire alla stessa ogni informazione e produrre copia delle eventuali cartelle cliniche complete di ogni altra documentazione sanitaria, a tal fine sciogliendo qualsiasi medico dal segreto professionale.

L'inosservanza dei termini di cui sopra comporta la decadenza di ogni diritto derivante dal presente contratto.

#### 6.6. Procedura per la liquidazione delle indennità

Ricevuta la documentazione di cui all'art. 6.5 e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquida l'indennità che risulti dovuta, ne dà comunicazione all'interessato e, avuta notizia della sua accettazione, provvede al pagamento.

Il diritto all'indennità è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi.

Tuttavia, se l'Assicurato muore dopo che l'indennità sia stata offerta in misura determinata per iscritto la Società paga agli eredi dell'Assicurato l'importo offerto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

La presente garanzia non potrà in alcun caso cumularsi con la garanzia Invalidità Permanente da infortunio.



**SEZIONE 6 CATEGORIE, SOMME ASSICURATE, CALCOLO E REGOLAZIONE DEL PREMIO**

**Art. 1 — Categorie e Somme assicurate**

L'assicurazione è prestata alle condizioni tutte della presente polizza per le persone appartenenti alle categorie qui di seguito indicate, per le garanzie indicate all'art. 1 della Sezione 2 e per le somme assicurate pro-capite espresse per la singola categoria.

**Art. 1.1 SINDACO ED ASSESSORI:**

L'Assicurazione copre per le garanzie ed i massimali sotto riportati il Sindaco, gli Assessori limitatamente alle attività espletate in connessione con il mandato, ivi compresi i rischi della circolazione su qualsiasi mezzo, anche in qualità di conducenti, nonché il rischio in itinere.

La copertura è valida anche quando gli Assicurati operano in rappresentanza del Contraente in altri organi collegiali.

<b>Prestazioni assicurate</b>	<b>Somme assicurate pro-capite €</b>
Caso Morte	Euro 155.000,00
Caso Invalidità Permanente	Euro 155.000,00
Rimborso Spese Mediche da infortunio	Euro 5.200,00

<b>Numero di Assicurati</b>	
Sindaco, Assessori	<b>n. 6 assicurati</b>

**Art. 1.2 CONSIGLIERI COMUNALI:**

L'Assicurazione copre per le garanzie ed i massimali sotto riportati i Consiglieri Comunali limitatamente alle attività espletate in connessione con il mandato, ivi compresi i rischi della circolazione su qualsiasi mezzo, anche in qualità di conducenti, nonché il rischio in itinere.

La copertura è valida anche quando gli Assicurati operano in rappresentanza del Contraente in altri organi collegiali.

<b>Prestazioni assicurate</b>	<b>Somme assicurate pro-capite €</b>
Caso Morte	Euro 100.000,00
Caso Invalidità Permanente	Euro 100.000,00
Rimborso Spese Mediche da infortunio	Euro 5.200,00

<b>Numero di Assicurati</b>	
Consiglieri Comunali	<b>n. 16 assicurati</b>

**Art. 1.3 – PERSONE DISAGIATE DI NATURA SOCIO-ECONOMICA INSERITE IN PROGETTI FORMATIVI, DI RECUPERO E DI INSERIMENTO LAVORATIVO, PAZIENTI DEL CENTRO SALUTE MENTALE INSERITI IN PROGETTI DI CARATTERE RIABILITATIVO, VOLONTARI E NON VOLONTARI ADDETTI AI SERVIZI SOCIALI, A LAVORI SOCIALMENTE UTILI, DI PUBBLICA UTILITÀ ANCHE IN SOSTITUZIONE DI PENA DETENTIVA, ED ALTRE ATTIVITÀ SVOLTE PER CONTO DELL'ASSICURATO, QUALI A TITOLO ESEMPLIFICATIVO E NON LIMITATIVO, INTERVENTI PER IL VERDE PUBBLICO, ANIMAZIONE NELLE SCUOLE E SORVEGLIANZA ALL'USCITA DELLE STESSE, ATTIVITÀ CULTURALI, PULIZIA DI GIARDINI, PARCHI OD ARENILI, AL TRASPORTO DISABILI, ADDETTI ALLE PULIZIE, ADDETTI ALLA CURA DEGLI AMBIENTI, OPERAI, MAGAZZINIERI, AUTISTI.**

L'assicurazione è prestata contro gli infortuni subiti dagli Assicurati nello svolgimento delle attività svolte dagli stessi per conto del Contraente e nell'ambito del progetto gestito, promosso e/o al quale partecipa l'Assicurato.

L'assicurazione vale anche per gli infortuni subiti, in caso di fermata del veicolo, durante le operazioni necessarie per la ripresa della marcia.

Prestazioni assicurate	Somme assicurate pro-capite €
Caso Morte	55.000,00
Caso Invalidità Permanente (franchigia 3%)	55.000,00
Rimborso Spese Mediche da infortunio	2.500,00
<b>Numero preventivo soggetti assicurati</b>	<b>n. 10 assicurati</b>

**Art. 1.4 APPARTENENTI AL GRUPPO COMUNALE VOLONTARI DI PROTEZIONE CIVILE.**

L'assicurazione è prestata contro gli infortuni subiti dagli Assicurati in relazione alle attività svolte dagli stessi per conto dell'Assicurato quali prevenzione, soccorso, esercitazioni e simili attività, formazione tecnico-pratica, corsi di aggiornamento ed addestramento professionale anche presso terzi e per tutte le attività individuate e stabilite dalla Regione Lazio.

E' anche compreso il rischio in itinere.

L'assicurazione vale anche per gli infortuni subiti, in caso di fermata del veicolo, durante le operazioni necessarie per la ripresa della marcia.

Garanzia	Somme assicurate pro-capite €
Caso Morte	350.000,00
Caso Invalidità Permanente da infortunio (franchigia 3%)	300.000,00
Caso Invalidità Permanente da malattia superiore al 40%	150.000,00
Rimborso Spese Mediche, per sinistro	15.000,00
Diaria da ricovero con franchigia per sinistro dei primi 3 giorni e per un massimo di 360 gg. l'anno per sinistro	50,00 giornaliera
<b>Numero preventivo di assicurati presenti nell'annualità assicurativa</b>	<b>n. 50 assicurati</b>

**Art. 1.5 DIPENDENTI IN MISSIONE ESTERNA E CHIUNQUE A CUI VENGA LEGITTIMAMENTE DELEGATA FUNZIONE DI RAPPRESENTANZA DELL'ENTE IN MISSIONI ESTERNE:**

Prestazioni assicurate	Somme assicurate pro-capite €
Caso Morte	Euro 55.000,00
Caso Invalidità Permanente	Euro 55.000,00
Rimborso Spese Mediche	Euro 2.500,00

Numero Preventivo Giornate di garanzia	
Dipendenti / delegati in missione esterna	<b>n. 10 giorni</b>

**Art. 1.6 CONDUCENTI VEICOLI DI PROPRIETA' DELL'ENTE, DI PROPRIETA' DI TERZI ED IN USO ESCLUSIVO ALL' ENTE, IN LOCAZIONE O COMODATO (a titolo esemplificativo e non limitativo autovetture, autocarri, motocarri, ciclomotori, motocicli, veicoli speciali, trattori agricoli)**

la garanzia si intende prestata per gli infortuni che i dipendenti e le persone autorizzate dalla Contraente subiscono in occasione di missioni, trasferte o per adempimenti di servizio fuori dall'ufficio e limitatamente al tempo strettamente necessario per l'esecuzione delle prestazioni di servizio, durante la guida di veicoli previsti dal presente contratto, di proprietà dell'Ente, di proprietà di terzi ed in uso esclusivo all'Ente o in locazione o comodato all'Ente, dal momento in cui l'Assicurato sale a bordo del mezzo di trasporto a quello in cui ne discende.

L'assicurazione garantisce anche gli infortuni subiti dalle persone di cui sia autorizzato il trasporto.

La copertura decorre dall'effettivo inizio del viaggio, indipendentemente se esso avvenga dall'abitazione, anche occasionale, dell'Assicurato o dalla sede di lavoro e termina al ritorno dell'Assicurato ad una delle predette sedi.

L'assicurazione vale anche per gli infortuni subiti:

- durante la messa in moto del veicolo;
- in occasione della salita o discesa dal veicolo od operazioni attorno ad esso;
- in caso di fermata del veicolo durante tutte le operazioni necessarie per la ripresa della marcia o per lo spostamento del veicolo da posizioni di intralcio;
- nel tentativo di salvataggio del veicolo e dei suoi occupanti.

<b>Prestazioni assicurate</b>	<b>Somme assicurate pro-capite €</b>
Caso Morte	Euro 55.000,00
Caso Invalidità Permanente	Euro 55.000,00
Rimborso Spese Mediche	Euro 2.500,00

<b>Numero di Assicurati</b>	
Conducenti veicoli del Contraente	<b>n. 24 veicoli</b>

**Art. 1.7 MINORI IN AFFIDO**

L'assicurazione copre ogni infortunio che possa occorrere ai minori in affido.

L'assicurazione vale per gli infortuni ovunque subiti dai minori affidati a famiglie per l'intero periodo annuale

<b>Prestazioni assicurate</b>	<b>Somme assicurate pro-capite €</b>
Caso Morte	Euro 55.000,00
Caso Invalidità Permanente	Euro 55.000,00
Rimborso Spese Mediche	Euro 2.500,00

<b>Numero di Assicurati</b>	
Minori in affido	<b>n. 9 assicurati</b>

**Art. 2 —Franchigia sul caso Invalidità Permanente**

Per gli Assicurati appartenenti alle Cat. 1.4 Appartenenti al Gruppo Comunale Volontari di Protezione Civile si conviene che non si farà luogo ad indennizzo per Invalidità Permanente quando questa sia di grado non superiore al 3% (TRE per cento) della totale. Se invece essa risulterà superiore al 3% (TRE per cento) della totale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente. In caso di Invalidità Permanente pari o superiore al 10% (DIECI per cento) l'indennizzo sarà liquidato senza applicazione di franchigia.

L'indennità per Invalidità Permanente per gli Assicurati appartenenti alle restanti categorie verrà riconosciuta senza applicazione di alcuna franchigia.

**Art. 3 – Inclusioni / esclusioni di Assicurati**

Per gli assicurati appartenenti alle categorie suindicate l'assicurazione è automaticamente estesa ad eventuali nuovi Assicurati e/o giornate rischio in aumento al numero sopraindicato.

Il Contraente è esonerato dal dichiarare i dati anagrafici degli assicurati e per la loro identificazione si farà riferimento agli atti/registri depositati presso il Contraente.

**Art. 4 — Calcolo del premio e modalità di applicazione della regolazione**

Il Contraente versa alla firma della presente polizza ed alle successive scadenze annuali, 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 sotto riportati.

Al termine di ogni annualità la Società calcola il premio dovuto sulla base delle variazioni e/o dati consuntivi comunicati dalla Contraente ai sensi dell'art. 6 Sezione 2 della presente polizza.

Essendo l'assicurazione prestata in forma non nominativa in base al numero degli assicurati e ad altri elementi variabili riportati nella presente Sezione la regolazione del premio sarà effettuata conteggiando, per ciascuna categoria assicurata, il relativo premio in aumento o in diminuzione rispetto ai dati preventivi suindicati – indipendentemente dalla data di inclusione e/o esclusione.

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

CATEGORIA	TIPO DATO VARIABILE	PREMIO ANNUO PRO-CAPITE o TASSO LORDO	PREMIO ANNUO LORDO
<b>Sindaco e Assessori (art. 1.1)</b>	Numero <b>6</b> Assicurati	Euro ..... per ogni assicurato	Euro .....
<b>Consiglieri Comunali (art 1.2)</b>	Numero <b>16</b> Assicurati	Euro ..... per ogni assicurato	Euro.....
<b>Personale temporaneo Prestatori occasionali (art. 1.3)</b>	Numero <b>10</b> Assicurati	Euro ..... per ogni assicurato	Euro.....
<b>Gruppo Comunale Volontari Protezione Civile (art. 1.4)</b>	Numero <b>50</b> Assicurati	Euro ..... per ogni assicurato	Euro .....
<b>Dipendenti / Delegati in missione esterna (art. 1.5)</b>	Numero <b>10</b> giornate totali	Euro ..... per ogni giornata	Euro.....
<b>Conducenti mezzi dell'Ente (art. 1.6)</b>	Numero <b>24</b> veicoli	Euro ..... per ogni veicolo	Euro .....
<b>Minori in affidamento (art. 1.7)</b>	Numero <b>9</b> Assicurati	Euro ..... per ogni assicurato	Euro .....
<b>TOTALE PREMIO ANNUO LORDO</b>			<b>Euro .....</b>

Scomposizione del premio alla firma e rate successive:

<b>Premio annuo imponibile</b>	Euro	=
<b>Imposte</b>	Euro	=
<b>TOTALE</b>	<b>Euro</b>	<b>=</b>

**Art. 5 – Riparto di coassicurazione**

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

<b>Società</b>	<b>Agenzia</b>	<b>Percentuale di ritenzione</b>

**Art. 6 — Disposizione finale**

Rimane convenuto che si intendono operanti solo le presenti norme dattiloscritte, che annullano e sostituiscono integralmente le condizioni riportate su moduli a stampa forniti dalla Società che, pertanto, si devono intendere abrogate e prive di effetto.

La firma apposta dal Contraente su tale modulistica vale solo quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio tra le Società partecipanti alla coassicurazione.

IL CONTRAENTE

\_\_\_\_\_

LA SOCIETA'

\_\_\_\_\_