



PROVINCIA DI FERMO

POLIZZA INFORTUNI CUMULATIVA

LOTTO N. 7

CONDIZIONI GENERALI DI POLIZZA

SEZIONE 1 DEFINIZIONI E DESCRIZIONE DELL'ATTIVITA'

Art.1 - Definizioni

Assicurazione :	Il contratto di assicurazione
Polizza :	Il documento che prova l'assicurazione;
Contraente :	Il soggetto che stipula l'assicurazione riportato nel frontespizio della presente polizza.
Assicurato :	La persona fisica o giuridica il cui interesse è protetto dalla Assicurazione
Beneficiario :	In caso di morte gli eredi legittimi o testamentari, in tutti gli altri casi l'assicurato stesso.
Società :	L'impresa assicuratrice nonché le coassicuratrici;
Broker :	La AON S.p.A. quale mandatario incaricato dal Contraente della gestione ed esecuzione del contratto, riconosciuto dalla Società.
Premio :	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
Rischio :	la probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.
Sinistro :	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
Indennizzo :	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Franchigia :	La parte di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.
Scoperto :	La parte percentuale di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.
Annualità assicurativa o periodo assicurativo :	Il periodo pari o inferiore a 12 mesi compreso tra la data di effetto e la data di scadenza o di cessazione dell'assicurazione.
Infortunio :	ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte e/o una invalidità permanente e/o una inabilità temporanea.
Invalidità permanente :	la diminuita capacità o la perdita definitiva ed irrimediabile della capacità generica ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato.
Inabilità temporanea :	la perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato di attendere alle attività professionali dichiarate
Istituto di cura:	l'ospedale pubblico, la clinica, la casa di cura sia accreditati presso il Servizio Sanitario Nazionale che privati, legalmente riconosciuti e regolarmente autorizzati al ricovero dei malati, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno
Retribuzioni:	per retribuzione annua lorda si intende la somma di : <ul style="list-style-type: none">• quanto al lordo delle ritenute previdenziali i dipendenti dell'Ente obbligatoriamente assicurati presso l'INAIL e quelli non INAIL effettivamente ricevono a compenso delle loro prestazioni. (al netto degli oneri riflessi)• quanto al lordo delle ritenute previdenziali i lavoratori parasubordinati di cui al D.lgs 38/2000 ricevono a compenso

	delle loro prestazioni <ul style="list-style-type: none"> • quanto al lordo delle ritenute previdenziali i lavoratori di cui al D.Lgs 276/03 di attuazione alla legge 30/03 ricevono a compenso delle loro prestazioni
Ricovero:	la degenza in Istituto di cura che comporti almeno un pernottamento.
Somma assicurata	la massima esposizione della Società per sinistro e per persona assicurata

Art.2 – Identificazione degli Assicurati

La presente polizza viene stipulata per tutte le Categorie, riportate alla Sezione 6 della presente polizza, per le quali il Contraente ha l'obbligo od interesse ad attivare la copertura assicurativa e vale per gli infortuni subiti dagli Assicurati in occasione della partecipazione all'attività della Contraente o nello svolgimento delle mansioni dichiarate dal Contraente stesso.

Per le categorie identificate come automaticamente coperte alla Sezione 6 non si farà luogo ad alcuna comunicazione da parte del Contraente ritenendosi gli Assicurati coperti fin dalla decorrenza della presente polizza.

Per le categorie attivabili a richiesta identificate come tali alla Sezione 6 la copertura decorrerà dalle ore 24.00 del giorno comunicato alla Società Assicuratrice dal Contraente tramite il Broker e scadrà alla ore 24.00 del giorno indicato dal medesimo.

Il relativo premio verrà conteggiato in sede di regolazione (cfr. Art.5 Sezione 2).

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

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

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 – Modifiche del rischio buona fede

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato all'atto della stipulazione della Polizza e 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 artt. 1892, 1893 e 1894 C.C.

Il Contraente deve comunicare alla Società ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti del 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 del 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. Il Contraente non è tenuto a comunicare le variazioni del rischio derivanti da sopravvenienze normative ovvero da modifiche degli ordinamenti giurisprudenziali.

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 del 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 di 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.

Art.2 – Revisione del prezzo

Al verificarsi delle ipotesi di aggravamento del rischio previste al comma 2 dell'art. 1 che precede, ovvero nel caso in cui l'ammontare dei sinistri pagati dalla Società sommato al computo degli importi posti a riserva dalla Società stessa per i sinistri non ancora pagati, il tutto al netto degli scoperti e franchigie contrattuali, risulti eccedere alla data della richiesta, l'ammontare del premio al netto delle imposte, pagato dal Contraente comprese le eventuali regolazioni per il medesimo periodo di oltre il 500%, la Società potrà richiedere, ai sensi dell'art. 106 del D.Lgs 50/2016, la revisione del prezzo.

Il Contraente, entro 15 giorni lavorativi dal ricevimento della richiesta di revisione, a seguito della relativa istruttoria e tenuto conto delle richieste formulate, decide in ordine alle stesse, formulando la propria eventuale controproposta di revisione. In caso di accordo tra le parti, si provvede alla modifica del contratto a decorrere dalla data di prima scadenza utile, qualora sia pattuito un aumento di premi, il Contraente provvede a corrispondere il nuovo premio nei termini di cui all'art. 6 "Pagamento del premio e decorrenza dell'assicurazione".

La medesima procedura si applicherà nel caso di diminuzione del rischio contemplata dal comma 3 dell'art. 1 che precede, sia essa richiesta dal Contraente o dalla Società.

Art.3 – Recesso

La Società ha diritto di recedere dal contratto esclusivamente nei seguenti casi con le modalità di seguito indicate.

Recesso per dichiarazioni inesatte o reticenze: le dichiarazioni inesatte e le reticenze del Contraente, relative a circostanze tali che la Società non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, consentono, qualora il Contraente abbia agito senza dolo o colpa grave, alla Società di recedere dal contratto stesso con un preavviso non inferiore a 120 giorni, mediante dichiarazione da inviare dalla Società al Contraente entro e non oltre 90 giorni dal giorno in cui la Società ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, sempreché non sia intervenuto un accordo di revisione del prezzo con le modalità di cui all'art. 2 che precede. Il computo dei 120 giorni decorre dalla data di ricevimento della suddetta raccomandata o PEC da parte del ricevente. La Società rimborserà al Contraente i ratei di premio pagati e non goduti, escluse le imposte, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso. Nella fattispecie di cui al precedente comma, qualora si verifichi un sinistro prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta alla Società, o prima che questa abbia dichiarato di recedere dal contratto, la Società è comunque tenuta, in deroga a quanto previsto dal comma 2 dell'art. 1983 del C.C., al pagamento dell'indennizzo per l'intero.

Recesso per aggravamento del rischio o eccessiva sinistrosità : dopo il trentesimo giorno successivo alla proroga di cui all'art. 2 "Revisione del prezzo", presentata dalla Società, ovvero al termine della trattativa instaurata ai sensi del comma 2 del medesimo articolo, in caso di mancato accordo tra le parti, la Società può recedere dal contratto di assicurazione con preavviso non inferiore a 120 giorni, da comunicarsi al Contraente tramite raccomandata AR o PEC. Il computo dei 120 giorni decorre dalla data di ricevimento della suddetta raccomandata o PEC da parte del ricevente. La Società rimborserà al Contraente i ratei di premio pagati e non goduti escluse le imposte, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso.

Recesso per diminuzione del rischio : dopo il trentesimo giorno successivo alla proposta di cui all'art. 2 "Revisione del prezzo", presentata dalla Società, ovvero al termine della trattativa instaurata ai sensi del comma 2 del medesimo articolo, in caso di mancato accordo tra le parti, la Società può recedere dal contratto di assicurazione con preavviso non inferiore a 120 giorni, da comunicarsi al Contraente tramite raccomandata AR o PEC. Il computo dei 120 giorni decorre dalla data di ricevimento della suddetta raccomandata o PEC da parte del ricevente.

Art.4 - 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.

In caso di sinistro non si farà luogo all'applicazione del disposto dell'art.1910 del Codice Civile per tutte quelle garanzie che non rappresentino un rimborso di spese sostenute.

In tutti gli altri casi la Società Assicuratrice provvederà a liquidare le spese secondo le condizioni tutte della presente polizza fermo il diritto al recupero dagli altri Assicuratori di quota parte dell'indennità corrisposta in applicazione del disposto del quarto comma dell'art.1910 del Codice Civile.

Art.5 - Durata del contratto

L'assicurazione ha decorrenza dalle ore 24.00 del 31/12/2018 e scadenza alle ore 24.00 del 31/12/2021, senza tacito rinnovo.

Il premio annuo viene frazionato in rate semestrali scadenti il 30/06 e il 31/12 di ogni anno; la prima rata viene pertanto versata per il periodo assicurativo dalle ore 24.00 del 31/12/2018 e scadenza alla ore 24.00 del 30/06/2019.

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 4 (quattro) mesi. 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, salvo ulteriori proroghe concordate fra le parti. Tale facoltà può essere esercitata una o più volte nell'ambito di tale periodo. I limiti d'indennizzo, scoperti, franchigie ed eventuali altre limitazioni annuali, potranno essere proporzionalmente riparametrate in base alla durata della proroga previo accordi fra le parti intercorsi al momento della richiesta di proroga.

E' comunque nella facoltà delle Parti disdettare la presente assicurazione ogni anno, mediante lettera raccomandata o posta elettronica certificata (PEC) da inviarsi in firma digitale almeno 4 (quattro) mesi prima della scadenza annuale.

Il Contraente, 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 dall'assicurazione qualora accerti condizioni più vantaggiose rispetto a quelle praticate dall'affidatario, nel caso in cui la società non sia disposta ad una revisione del premio 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.

Ai sensi dell'art. 35, D.Lgs 50/2016 ss.mm. e ii., l'Ente Contraente si riserva la facoltà di esercitare l'opzione di rinnovo espresso per una durata di anni 2, ovvero dalle ore 24.00 del 31/12/2021 fino alle ore 24 del 31/12/2023, previa adozione di apposito atto.

Art.6 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

L'assicurazione decorre dalle ore 24.00 del 31/12/2018 anche se il pagamento del primo Premio potrà essere effettuato dal Contraente entro 60 (sessanta) giorni successivi al medesimo, salvo ulteriore proroga concordata fra le parti.

Se il Contraente non paga il Premio o la rata di Premio successiva entro tali termini e le eventuali appendici comportanti un premio, l'Assicurazione resta sospesa, dalle ore 24.00 dell'ultimo giorno utile per il pagamento del Premio, e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.

Ai sensi dell'art. 48 e 48 bis del DPR 602/1973 la Società da atto che:

- L'Assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuata dal Contraente ai sensi del D. M. E. F. del 18 gennaio 2008 n° 40, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'art. 3 del Decreto;
- 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.

Art.7 – Regolazione del premio

Poiché il premio è convenuto in tutto o in parte in base ad elementi di rischio variabile, esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza (Sezione 6) 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.

A tale scopo entro 120 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione il Contraente deve fornire per iscritto alla Società i dati necessari per il conteggio del premio consuntivo.

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

Se il Contraente non effettua 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.8 - Modifiche dell'assicurazione

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

Art.9 - Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente è tenuto devono essere fatte con polizza elettronica certificata od altro mezzo (telefax o simili) indirizzata alla Società anche tramite il Broker al quale il Contraente ha conferito incarico per la gestione della polizza.

Art.10 - Oneri fiscali

Tutti gli oneri fiscali, 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

Il Foro competente è esclusivamente quello ove ha sede la Contraente oppure, in alternativa, l'Assicurato. Resta escluso il ricorso all'arbitrato per la definizione delle controversie nascenti dal presente appalto. E' vietato in ogni caso il compromesso.

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 – Titolarità dei diritti nascenti dal contratto

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.

E' data tuttavia facoltà al Contraente di richiedere il subentro dell'Assicurato in tutti gli atti necessari alla gestione e liquidazione del sinistro. L'accertamento e la liquidazione dei danni così effettuati sono vincolanti anche per il Contraente, restando esclusa ogni sua facoltà di impugnativa.

Art.14 - Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio

La Società o l'Agenzia alla quale è assegnato il contratto, entro 30 giorni successivi alla scadenza di ciascuna annualità assicurativa, 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,
- estremi di controparte e/o assicurato
- stato di gestione del sinistro (aperto / riservato / liquidato / senza seguito)
- importo liquidato o posto a riserva

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.

Art.15 - Coassicurazione e delega

In caso di coassicurazione l'Assicurazione è ripartita per quote tra gli Assicuratori indicati nel riparto allegato.

In caso di coassicurazione la Società delegataria sarà tenuta ad assolvere, in ogni caso e comunque, direttamente e per l'intero, tutte le obbligazioni contrattuali assunte nei confronti del Contraente e/o degli aventi diritto come derivanti dal presente contratto, indipendentemente dai fatti, dagli eventi, dalle circostanze di fatto e/o di diritto, dai rapporti che possono interessare gli Assicuratori presso le quali il rischio è stato ripartito.

La Società delegataria, pertanto, è espressamente obbligata ad emettere atto di liquidazione per l'intero importo dei sinistri ed a rilasciare al Contraente/Assicurato quietanza per l'ammontare complessivo dell'Indennizzo, esclusa comunque ogni responsabilità solidale.

Con la sottoscrizione della presente Polizza le coassicuratrici danno mandato alla Società a firmare, anche per loro nome e per loro conto, ogni atto di gestione del contratto (appendice, modifica, integrazione, estensione di garanzia, variazione di massimale, Somma assicurata ecc.) riconoscendo espressamente come validi e pienamente efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di gestione compiuti dalla Società delegataria in ragione e/o a causa della presente Polizza.

In particolare, tutte le comunicazioni inerenti al Contratto, ivi comprese quelle relative al recesso e/o alla disdetta, alla gestione dei sinistri, all'incasso dei premi di Polizza, si intendono fatte o ricevute dalla Delegataria in nome e per conto di tutte le Società coassicuratrici.

Art.16 - Clausola Broker

L'assicurato dichiara di aver affidato la gestione della presente polizza alla società Aon S.p.A. in qualità di broker, ai sensi del D.lgs n. 209/05 e ss.mm.ii.

L'assicurato 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.

Nelle more 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, pertanto, 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 2,55% sul premio imponibile. Tale remunerazione sarà trattenuta all'atto del pagamento del premio, effettuato dallo stesso Broker, alla Società.

Art.17 - Rinvio alle norme di legge

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

Art. 18 – Tracciabilità dei flussi

La Società assume tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'articolo 3 della legge 13 agosto 2010, n. 136 e successive modifiche 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) nr.

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

SEZIONE 3 RISCHI COPERTI

Art.1 – Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio delle attività dichiarate dal Contraente, compreso il rischio in itinere.

L'assicurazione vale altresì per le garanzie di cui ai seguenti artt. 2, 3, 4 e 5 della presente Sezione purché richiamate per le singole categorie di Assicurati alla Sezione 6.

Si ritengono invece automaticamente prestate per tutti gli Assicurati le garanzie di cui ai seguenti artt. 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 e 13, della presente Sezione.

Sono compresi in garanzia anche:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti o le intossicazioni conseguenti ad ingestione od assorbimento di sostanze;
- contatto con corrosivi;
- le affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi; escluse malaria, carbonchio, malattie tropicali;
- l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento;
- la folgorazione;
- i colpi di sole o di calore o di freddo;
- le lesioni (esclusi gli infarti) determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico;
- 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, imperizia 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, a condizione che l'Assicurato in caso di guida sia in possesso, ove prescritto, di regolare patente di abilitazione alla guida medesima;
- gli infortuni causati da forze della natura compresi terremoto, maremoto, eruzione vulcanica, alluvioni, inondazioni, frane, smottamenti, valanghe, slavine;
- gli infortuni causati da influenze termiche ed atmosferiche;
- gli infortuni derivanti da abuso di alcolici, con l'esclusione di quelli subiti alla guida di veicoli e/o natanti in genere;
- ernie addominali da sforzo e strappi muscolari derivanti da sforzo;
- ernie traumatiche.

Art.2 – Rimborso spese mediche

La Società garantisce, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza e fino alla concorrenza del massimale espresso per la singola categoria nell'apposita scheda della Sezione 6, il rimborso degli onorari dei medici e dei chirurghi, delle rette di degenza in ospedali e case di cura, delle spese per accertamenti diagnostici, esami di laboratorio e terapie fisiche, per il noleggio di carrozzine, nonché delle spese farmaceutiche rese necessarie a seguito dell'infortunio, compresi eventuali ticket.

L'assicurazione si intende estesa anche alle spese odontoiatriche conseguenti all'infortunio denunciato dall'ente, con il massimo indennizzo di € 150,00= (centocinquanta) per ciascun dente. Vengono inoltre comprese in garanzia le spese per l'acquisto di lenti, comprese quelle a contatto, apparecchi odontoiatrici, oculistici, acustici ed altre protesi che possono essere danneggiati in caso di infortunio, oltre le spese per la riparazione di carrozzini e passeggini dei portatori di handicap, purché dette spese si siano rese necessarie a seguito di eventi che abbiano causato infortunio.

Art.3 – Diaria per ricovero

La Società corrisponde, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza, l'indennità giornaliera indicata scheda della 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.

Art.4 – Diaria per gessatura

La Società corrisponde, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza che comporti l'applicazione di apparecchio gessato o di tutori immobilizzanti equivalenti, l'indennità giornaliera indicata nella scheda della Sezione 6 fino al limite ivi stabilito, per ogni giorno di effettiva applicazione dell'apparecchio gessato o del tutore immobilizzante equivalente.

Art.5 – Diaria per inabilità temporanea

La Società corrisponde, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza che comporti una inabilità dell'Assicurato ad attendere le sue occupazioni professionali o abituali, l'indennità giornaliera indicata nella scheda della Sezione 6 fino al limite ivi stabilito per ogni giorno di inabilità.

Art.6 – Spese di trasporto a carattere sanitario

La Società rimborsa, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza i costi eventualmente sostenuti per il 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 a mezzo auto-ambulanza. Il rimborso verrà limitato ad un massimo di due viaggi e comunque con il limite annuo di € 3.000,00.

Art.7 – Rientro sanitario

La garanzia è estesa al rimborso, fino al limite di €. 2.500,00.= delle spese sostenute dall'Assicurato in caso di infortunio che lo colpiscano nel corso di una missione o viaggio disposto dal Contraente e che rendano necessario il suo trasporto con qualsiasi mezzo ritenuto idoneo in ospedale attrezzato in Italia.

Art.8 – Rimpatrio salma (valido in Italia e all'Estero)

La garanzia è estesa al rimborso delle spese sostenute per il rimpatrio della salma dell'Assicurato, in caso di decesso a seguito di infortunio o malattia che lo colpiscano nel corso di una missione o viaggio disposto dal Contraente, fino al luogo di sepoltura e ciò fino alla concorrenza di €. 1.500,00.=.

Art.9 – Danni estetici

Si conviene che in caso di infortunio non escluso dalle Condizioni della presente polizza, che produca

conseguenze di carattere estetico al viso, ma che non comporti indennizzo a titolo di invalidità permanente, la Società rimborserà comunque le spese documentate sostenute dall'Assicurato per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico, nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica, il tutto entro il limite di €. 5.000,00.= per evento.

Art.10 – Rischio aeronautico

L'assicurazione comprende gli infortuni, compresi quelli derivanti da attentati, pirateria, sabotaggio, terrorismo, forzato dirottamento purché non conseguenti a guerra (anche se non dichiarata), ad insurrezione o tumulti popolari che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei effettuati in qualità di passeggero di velivoli ed elicotteri eserciti da società di traffico regolare, esclusivamente durante il trasporto di passeggeri, ed è prestata per le somme corrispondenti a quelle assicurate con la presente polizza e per rischi da essa previsti. Restano in ogni caso esclusi i voli effettuati su velivoli ed elicotteri eserciti da aeroclubs.

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

- €.1.000.000,00.= per il caso di invalidità permanente
- €.1.000.000,00.= per il caso morte

per persona e di:

- €.7.500.000,00.= per il caso di invalidità permanente
- €.7.500.000,00.= per il caso di morte

complessivamente per aeromobile.

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

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

Art.11 – 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.12 – Limiti di risarcimento

Qualora l'infortunio colpisce contemporaneamente più persone assicurate, in conseguenza di un unico evento, si conviene che il limite massimo di risarcimento per l'intera polizza ammonta a € 4.000.000,00=.

Nel caso di infortunio causato da forze della natura, compresi terremoto, maremoto, eruzioni vulcaniche, alluvioni, inondazioni, frane, smottamenti, valanghe e slavine, il limite massimo di risarcimento per l'intera polizza è pari ad € 2.000.000,00=.

Art. 13 - Anticipo indennizzo

A seguito di un infortunio indennizzabile contrattualmente, e dietro specifica richiesta dell'Assicurato, la Compagnia è tenuta ad anticipare il risarcimento sino ad un massimo di Euro 15.000,00, sempreché sia presumibile una invalidità permanente liquidabile superiore al 10% di quella totale.

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;
2. durante la guida e l'uso di mezzi di locomozione aerea e la guida di mezzi subacquei, salvo quanto previsto all'art. 10, 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. 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.;
8. direttamente o indirettamente da contaminazioni chimiche o batteriologiche se conseguenti ad atti di terrorismo.

Art.2 – Persone escluse dall'assicurazione o non assicurabili

Non sono coperte dalla presente polizza :

1. fatto salvo patto speciale, le persone di età superiore a settantacinque anni. Tuttavia per persone che raggiungano tale età nel corso del contratto di assicurazione, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa al compimento di detto termine, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti, dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso verranno restituiti a richiesta del Contraente;
2. indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS). L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi.

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 30 giorni lavorativi dall'infortunio o dal momento in cui il 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, nonché le fatture, notule e ogni altro documento comprovante le spese mediche o

farmaceutiche sostenute e rimborsabili.

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

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

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

c) INVALIDITA' PERMANENTE

Se l'infortunio ha per conseguenza un'invalidità permanente e questa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - ma comunque entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquiderà per tale titolo e solo in questo caso una indennità calcolata sulla somma assicurata al momento dell'infortunio per l'invalidità permanente, come segue:

la valutazione del grado di Invalidità Permanente sarà effettuata facendo riferimento alla Tabella allegata al D.P.R. del 30.06.1965 n.1124 (Settore Industria) con rinuncia alle franchigie relative stabilite, nonché alle successive eventuali modificazioni ed integrazioni in vigore fino al 24.07.2000, con l'intesa che le percentuali indicate nella Tabella anzidetta vengano riferite ai capitali assicurati per il caso di invalidità permanente totale.

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

Nel caso in cui l'Assicurato subisca un infortunio ad un arto superiore o ad una mano o ad un avambraccio e risultasse che questi erano gli unici perfettamente integri o tali che venissero usati come "destri" si dovrà tenere

conto di ciò anche nella valutazione del grado di invalidità permanente.

In caso di valutazione della Invalidità Permanente di grado pari o superiore al 65%, verrà liquidata una somma pari al 100% della somma assicurata.

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

Qualora sia provato che l'infortunio ha causato l'inabilità temporanea o il ricovero o l'applicazione di gessature o di tutore immobilizzante equivalente, la Società con riferimento alla natura ed alla conseguenza delle lesioni riportate dall'Assicurato, liquida l'indennità giornaliera, se prevista per la categoria, 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.

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

e) SPESE MEDICHE

La Società, 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.

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

Art.3 – Controversie

In caso di controversie di natura medica sulla indennizzabilità dell'infortunio nonché sulla misura dei rimborsi o sulla liquidabilità delle indennità, 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/Contraente.

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.

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.

**SEZIONE 6 CATEGORIE, SOMME ASSICURATE, FRANCHIGIE, SCOPERTI E
CALCOLO DEL PREMIO**

Art.1 – Somme assicurate, franchigie e scoperti

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

CATEGORIE

Art.1.1 - Amministratori

L'Assicurazione copre, per le garanzie ed i massimali sotto riportati, gli Amministratori dell'Ente Contraente, limitatamente alle attività espletate in connessione con il mandato, sia in Italia che l'estero, ivi compresi i rischi della circolazione su qualsiasi mezzo, anche in qualità di conducenti, nonché il rischio in itinere.

La copertura è operante anche quando gli Assicurati operano in rappresentanza dell'Ente in altri organi collegiali.

La copertura assicurativa esplica i suoi effetti indipendentemente dal variare del numero, nel corso del tempo, degli amministratori.

Garanzia	Massimale per persona
Caso Morte	€ 250.000,00
Caso Invalidità Permanente	€ 350.000,00
Diaria da ricovero/gessatura (per massimo 90 giorni)	€ 55,00
Spese mediche e farmaceutiche da infortunio	€ 3.000,00

Garanzia Invalidità Permanente – Franchigia

La garanzia Invalidità Permanente è prestata senza applicazione di alcuna franchigia.

Numero preventivo Amministratori	11
---	-----------

Attivazione automatica	SI	Attivazione a richiesta	NO
-------------------------------	-----------	--------------------------------	-----------

Art.1.2 - Dipendenti e altro personale dell'Ente, compreso il Segretario in missione con il proprio mezzo

L'assicurazione è operante per gli infortuni che i dipendenti ed altro personale dell'Ente Contraente, compreso il Segretario, subiscano in occasione di missioni o per adempimenti di servizio fuori dall'ufficio, sia in qualità di conducenti sia in qualità di trasportati, di velocipedi e veicoli non intestati al P.R.A. al Contraente o dallo stesso detenuti a qualsiasi titolo, limitatamente al tempo strettamente necessario per l'esecuzione di dette prestazioni. L'assicurazione vale anche per gli infortuni subiti, in caso di fermata del veicolo/velocipede, durante le operazioni necessarie per la ripresa della marcia.

Garanzia	Massimale per persona €
Caso Morte	€ 250.000,00
Caso Invalidità Permanente	€ 250.000,00
Diaria da ricovero/gessatura (per massimo 90 giorni)	€ 35,00
Spese mediche e farmaceutiche da infortunio	€ 3.000,00

Garanzia Invalidità Permanente – Franchigia

La garanzia Invalidità Permanente è prestata senza applicazione di alcuna franchigia.

Numero preventivato chilometri	23.000
--------------------------------	--------

Attivazione automatica	SI	Attivazione a richiesta	NO
------------------------	----	-------------------------	----

Art.1.3 - Conducenti veicoli di proprietà dell'Ente, di proprietà di terzi ed in uso esclusivo all'Ente, o a qualsiasi titoli detenuti dal Comune

L'assicurazione è prestata contro gli infortuni subiti dagli Assicurati – compreso il Segretario e persone non in rapporto di dipendenza con il Contraente della cui opera lo stesso si avvale - in occasione della guida e anche in qualità di trasportati di veicoli, motoveicoli, velocipedi con o senza motore di proprietà dell'Ente, di proprietà di terzi ed in uso esclusivo all'Ente o in locazione o comodato o a qualsiasi titoli detenuti dal Comune.

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

Garanzia	Massimale €
Caso Morte	€ 250.000,00
Caso Invalidità Permanente	€ 250.000,00
Diaria da ricovero/gessatura (per massimo 90 giorni)	€ 35,00
Spese mediche e farmaceutiche da infortunio	€ 3.000,00

Garanzia Invalidità Permanente – Franchigia

La garanzia Invalidità Permanente è prestata senza applicazione di alcuna franchigia.

Numero indicativo veicoli	54
---------------------------	----

Attivazione automatica	SI	Attivazione a richiesta	NO
------------------------	----	-------------------------	----

Art.1.4 – Soggetti vari

L'assicurazione è prestata contro gli infortuni subiti da :

- Collaboratori in genere e Operatori Volontari di Attività Socialmente Utili o comunque soggetti che espletano attività varie, come ad esempio : pulizia e piccola manutenzione, giardinaggio, sorveglianza, regolazione e direzione traffico, e quant'altro purché previsto dall'Ente;
- Lavoratori impegnati in attività di risocializzazione;
- Guardie ecologiche volontarie;
- Portatori di handicap
- Giovani Volontari del Servizio Civile nazionale (L. 64 /2001);
- Borse lavoro;
- Volontari impiegati nelle attività di avvistamento e prevenzione incendi;
- Stagisti e Borsisti;
- Minori (ex L. 184/1984 e L. 149/2001) che l'Amministrazione affida a famiglia preposta nonché gli ultra diciottenni in affido a famiglia ancora in carico ai servizi Sociali sino a conclusione dell'affido stesso;
- Soggetti impegnati in lavori di pubblica utilità quale sostituzione delle pene classiche ai sensi degli artt. 186 e 187 del Codice della Strada;

in rapporto con il Contraente della cui opera lo stesso si avvale a seguito di appositi atti deliberativi, determinazioni dirigenziali, borse di studio e di lavoro, in virtù delle apposite convenzioni con i Ministeri e/o con altri Enti preposti e/o con associazioni culturali, sportive, ecc, durante lo svolgimento dell'attività svolta per conto e/o su organizzazione dell'Ente Contraente, anche se presso terzi, compresa la conduzione di veicoli in genere.

Il suddetto elenco di soggetti assicurati viene riportato a puro titolo esemplificativo e non esaustivo, pertanto, qualora il Contraente avesse necessità di assicurare soggetti non espressamente indicati, resta inteso tra le Parti che gli stessi saranno collocati in questa categoria 1.4 – Soggetti vari.

Per tale categoria, il limite di età previsto in polizza si intende elevato da 75 fino a 85 anni; resta però convenuto che, per tutti i soggetti con età superiore a 75 anni, l'indennizzo per il caso di Invalidità Permanente verrà corrisposto previa applicazione di una franchigia assoluta del 5%

Garanzia	Massimale €
Caso Morte	€ 250.000,00
Caso Invalidità Permanente	€ 250.000,00
Diaria da ricovero/gessatura (per massimo 90 giorni)	€ 35,00
Spese mediche e farmaceutiche da infortunio	€ 3.000,00

Garanzia Invalidità Permanente – Franchigia

La garanzia Invalidità Permanente è prestata senza applicazione di alcuna franchigia.

Numero indicativo soggetti	5
----------------------------	---

Attivazione automatica	SI	Attivazione a richiesta	NO
------------------------	----	-------------------------	----

Art.1.5 – Partecipanti alle attività organizzate dall'Ente

L'assicurazione copre gli infortuni delle persone identificate che partecipano ad attività ricreative, sociali, culturali, scolastiche, divulgative, sportive e del tempo libero organizzate dall'Ente Contraente, ivi comprese colonie estive e montane, centri diurni e ricreativi per l'infanzia e/o disabili, ludoteche, doposcuola, gite organizzate, soggiorni climatici, corsi per attività motoria ed iniziative per la terza età, ecc., previa comunicazione a mezzo PEC o fax.

La garanzia sarà valida per le persone identificate, a decorrere dalle ore 24.00 del giorno specificato dal Contraente sempre che successivo alla comunicazione; in caso contrario dalle ore 24.00 del giorno della comunicazione stessa.

Resta inteso che :

- il periodo di copertura ha validità inderogabile di massimo giorni 31 dalla data di effetto della richiesta;
- il premio pro capite stabilito per tale durata è acquisito dalla Società anche nel caso di durata inferiore;
- la garanzia si intende prestata 24 ore al giorno;
- la copertura rimarrà valida per tutto il periodo richiesto anche qualora nel frattempo la polizza arrivi a scadenza o venga disdettata dalle Parti.

Per tale categoria, il limite di età previsto in polizza si intende elevato da 75 fino a 85 anni; resta però convenuto che, per tutti i soggetti con età superiore a 75 anni, l'indennizzo per il caso di Invalidità Permanente verrà corrisposto previa applicazione di una franchigia assoluta del 5%

Garanzia	Massimale €
Caso Morte	€ 150.000,00
Caso Invalidità Permanente	€ 150.000,00
Diaria da ricovero/gessatura (per massimo 90 giorni)	€ 25,00
Spese mediche e farmaceutiche da infortunio	€ 3.000,00

Garanzia Invalidità Permanente – Franchigia assoluta

La garanzia Invalidità Permanente è prestata con l'applicazione di una franchigia assoluta del 3%, ovvero non si darà luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente accertata sia di grado pari o inferiore al 3% dell'invalidità permanente totale; se l'invalidità permanente accertata sarà superiore al 3% dell'invalidità permanente totale, si darà luogo all'indennizzo solo per la parte eccedente il 3%.

31 giorni/persona	0
--------------------------	----------

Attivazione automatica	NO	Attivazione a richiesta	SI
-------------------------------	-----------	--------------------------------	-----------

Art.1.6 – Partecipanti alle attività organizzate dall'Ente (giornaliero)

L'assicurazione copre gli infortuni delle persone identificate che partecipano ad attività ricreative, sociali, culturali, scolastiche, divulgative, sportive e del tempo libero organizzate dall'Ente Contraente, ivi comprese colonie estive e montane, centri diurni e ricreativi per l'infanzia e/o disabili, ludoteche, doposcuola, gite organizzate, soggiorni climatici, corsi per attività motoria ed iniziative per la terza età, ecc., previa comunicazione a mezzo PEC o fax.

La garanzia sarà valida per le persone identificate, a decorrere dalle ore 24.00 del giorno specificato dal Contraente sempre che successivo alla comunicazione; in caso contrario dalle ore 24.00 del giorno della comunicazione stessa.

Resta inteso che :

- per il periodo di copertura specificato nella comunicazione dal Contraente, la garanzia si intende prestata 24 ore al giorno;
- la copertura rimarrà valida per tutto il periodo richiesto anche qualora nel frattempo la polizza arrivi a scadenza o venga disdettata dalle Parti.

Per tale categoria, il limite di età previsto in polizza si intende elevato da 75 fino a 85 anni; resta però convenuto che, per tutti i soggetti con età superiore a 75 anni, l'indennizzo per il caso di Invalidità Permanente verrà corrisposto previa applicazione di una franchigia assoluta del 5%

Garanzia	Massimale €
Caso Morte	€ 150.000,00
Caso Invalidità Permanente	€ 150.000,00
Diaria da ricovero/gessatura (per massimo 90 giorni)	€ 25,00
Spese mediche e farmaceutiche da infortunio	€ 3.000,00

Garanzia Invalidità Permanente – Franchigia assoluta

La garanzia Invalidità Permanente è prestata con l'applicazione di una franchigia assoluta del 3%, ovvero non si darà luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente accertata sia di grado pari o inferiore al 3% dell'invalidità permanente totale; se l'invalidità permanente accertata sarà superiore al 3% dell'invalidità permanente totale, si darà luogo all'indennizzo solo per la parte eccedente il 3%.

giorno/persona	0
----------------	---

Attivazione automatica	NO	Attivazione a richiesta	SI
------------------------	----	-------------------------	----

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

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

Al termine di ogni annualità la Società calcola il premio dovuto sulla base delle variazioni comunicate dalla Contraente in sede di regolazione, il cui pagamento verrà effettuato ai sensi dell'art.5 Sezione 2 della presente polizza.

Essendo l'assicurazione prestata in forma non nominativa in base al numero degli assicurati ed altri elementi variabili riportati per ogni categoria all'art.1 della presente Sezione (salvo Categorie 1.5 – 1.6 per le quali è prevista identificazione tramite comunicazione anticipata a mezzo PEC o fax), la regolazione del premio sarà effettuata in base agli elementi variabili di polizza presi a base per la determinazione del premio. 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	Entità dato	Premio lordo pro-capite o tasso lordo applicato	Totale €
Art.1.1 Amministratori	Numero assicurati	11		
Art.1.2 Dipendenti e altro personale con proprio mezzo	Numero chilometri	23.000		
Art.1.3 Conducenti Veicoli dell'Ente	Numero veicoli	54		
Art. 1.4 Soggetti vari	Numero assicurati	5		
Art. 1.5 Partecipanti attività dell'Ente (31 gg.)	31 giorni/persona	0		
Art. 1.6 Partecipanti attività dell'Ente (giornaliero)	1 giorno/persona	0		

Scomposizione del premio anticipato relativo alle sezioni con attivazione automatica :

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

Art.3 – Riparto di coassicurazione

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

Società	Agenzia	Percentuale di ritenzione

Art.4 – Disposizione finale

Rimane convenuto che si intendono operanti solo le presenti norme dattiloscritte.

La firma apposta dalla Contraente su moduli a stampa forniti dalla Società Assicuratrice vale solo quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio tra le Società partecipanti alla coassicurazione.