



Comune di Osimo

Piazza Comune 1
60027 Osimo AN

**Capitolato Tecnico Polizza
INFORTUNI CUMULATIVA
Lotto 3**



<u>DEFINIZIONI GENERALI</u>	
Assicurato	La persona nel cui interesse è stata stipulata l'assicurazione ed a cui spettano i diritti derivanti dal contratto.
Assicurazione	Il contratto di assicurazione e quindi il complesso delle garanzie prestate in polizza.
Capitolato	Il documento articolato in Parti e/o Sezioni che prova il contratto di assicurazione
Contraente	L'Ente, il Comune di Osimo, che stipula l'assicurazione e su cui gravano gli obblighi da essa derivanti.
Franchigia	L'importo fisso di danno indennizzabile/risarcibile che rimane a carico dell'Assicurato.
Garanzia	Il singolo rischio coperto dall'assicurazione.
Indennizzo Risarcimento	La somma che la Società eroga all'Assicurato o all'avente diritto in caso di sinistro.
Infortunio	L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, una invalidità permanente o una inabilità temporanea.
Invalidità Permanente	La perdita definitiva, a seguito di infortunio, in misura parziale o totale, della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.
Polizza	Il documento che prova il contratto di assicurazione.
Premio	La somma, comprensiva di imposte, dovuta dal Contraente alla Società quale corrispettivo dell'assicurazione.
Rischio	La probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.
Scoperto	La percentuale di danno indennizzabile/risarcibile che rimane a carico dell'Assicurato.
Sinistro	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.
Società Compagnia	L'Impresa assicuratrice indicata nel frontespizio della presente polizza che presta la garanzia
Legge	Art. 43 CCNL 14.9.2000, 5° comma dell'art. 86 Testo Unico degli Enti Locali nonché modifiche e integrazioni degli stessi.

SEZIONE I CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

1.1) Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio - Buona fede

Le dichiarazioni volutamente inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato 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.

Tuttavia, l'omissione da parte dell'Assicurato di una circostanza eventualmente aggravante il rischio, così come le inesatte dichiarazioni dell'Assicurato all'atto della stipulazione del contratto o durante il corso dello stesso, non pregiudicano il diritto al risarcimento dei danni, sempre che tali omissioni o inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo, fermo restando il diritto della Società, una volta venuta a conoscenza di circostanze aggravanti che comportino un premio maggiore, di richiedere la relativa modifica delle condizioni in corso (aumento del premio con decorrenza dalla data in cui le circostanze aggravanti siano venute a conoscenza della Società o, in caso di sinistro, conguaglio del premio per l'intera annualità).

1.2) Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

A parziale deroga di quanto previsto dall'Art. 1901 del C.C., l'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza anche se il premio non è stata pagato. Il Contraente è obbligato a pagare il premio alla Compagnia, per il tramite del Broker incaricato, entro 60 giorni dalla decorrenza stessa. Se il Contraente non paga il premio, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 60mo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento.

Le relative appendici e/o regolazioni di premio potranno essere pagate dal Contraente, per il tramite del Broker incaricato, entro 60 gg. dalla scadenza del periodo assicurativo ovvero dalla data di emissione del titolo se successiva; se il Contraente non paga il premio entro tale termine, la garanzia resta sospesa dalle ore 24.00 del 60mo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento. In entrambi i casi restano ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 c.c..

Qualora le eventuali verifiche effettuate dal Contraente presso Equitalia Servizi S.p.A., ai sensi del Decreto n. 40/2008 del Ministero dell'Economia e delle Finanze, evidenziassero un inadempimento a carico della Società, la stessa si impegna comunque a ritenere in copertura il rischio di cui trattasi, dietro presentazione di copia del pagamento effettuato dal Contraente alla predetta Equitalia Servizi S.p.A..

1.3) Effetto e durata del contratto

La polizza ha effetto dalle ore 24:00 del 30/06/2016 e scade alle ore 24:00 del 30/06/2020 con esclusione del tacito rinnovo.

Il Contraente e l'Impresa hanno la facoltà di recesso dalle polizze, al termine di ogni annualità assicurativa, con comunicazione effettuata a mezzo raccomandata A.R., con preavviso di almeno 90 (novanta) giorni sulla scadenza dell'annualità.

La Società si impegna a prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche, su richiesta del Contraente, per un periodo fino a 180 (centottanta) giorni oltre la scadenza contrattuale, al fine di procedere all'espletamento di nuova gara.

L'Assicurato ha facoltà di richiedere detto periodo di proroga e la Società si impegna a concederlo alle stesse condizioni economiche e normative, anche per recesso anticipato per sinistro o alla scadenza intermedia della polizza.

1.4) Modifiche dell'assicurazione

Le eventuali modificazioni dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

1.5) Aggravamento del rischio

Il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società, di ogni constatato aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi dell'articolo 1898 C.C.

Tuttavia, l'omissione da parte dell'Assicurato di una circostanza eventualmente aggravante il rischio non pregiudica il diritto al risarcimento dei danni, sempre che tale omissione o inesatta dichiarazione non sia frutto di dolo, fermo restando il diritto della Società, una volta venuta a conoscenza di circostanze aggravanti che comportino un premio maggiore, di richiedere la relativa modifica delle condizioni in corso (aumento del premio

con decorrenza dalla data in cui le circostanze aggravanti siano venute a conoscenza della Società o, in caso di sinistro, conguaglio del premio per l'intera annualità).

1.6) Diminuzione del rischio

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio alla comunicazione del Contraente o dell'Assicurato ai sensi dell'art. 1897 C.C. e rinuncia al relativo diritto di recesso. Si conviene, altresì, che la diminuzione del premio conseguente a casi previsti da detto articolo, sarà immediata (diminuzione del premio con decorrenza dalla data in cui le circostanze che hanno originato la diminuzione del rischio siano venute a conoscenza della Società) e la Società corrisponderà la relativa quota di premio pagata e non goduta, escluse le imposte.

1.7) Denuncia dei sinistri

In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso scritto, alla Società o al Broker, entro 30 giorni da quando ne ha avuto conoscenza il Servizio competente.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo.

Quanto sopra se non diversamente regolato dalle condizioni previste ai singoli contratti.

1.8) Informativa sui sinistri

La Società si impegna a fornire, dietro richiesta del Broker per conto del Contraente entro 15 giorni dalla richiesta, qualificati resoconti sullo stato dei sinistri denunciati sul presente contratto, che comprendano i seguenti elementi:

- estremi del sinistro;
- stato di avanzamento dell'iter liquidativo;
- gli importi liquidati o riservati.

1.9) Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro e fino al sessantesimo giorno dalla definizione dei rapporti tra le Parti, la Società ed il Contraente hanno facoltà di recedere dal contratto con preavviso di 90 (novanta) giorni da darsi con lettera Raccomandata A.R..

In ambedue i casi, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, la Società rimborserà al Contraente i ratei di premio pagati e non goduti, escluse le tasse.

1.10) Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi alla polizza sono a carico del Contraente.

1.11) Arbitrato

Non previsto. Per le eventuali controversie si farà riferimento a quanto stabilito dalla normativa vigente prevista. Vedere clausola compromissoria

1.12) Assicurazione presso diversi Assicuratori

Il Contraente è esonerato dalla comunicazione preventiva alla Società dell'esistenza di altre eventuali assicurazioni che i singoli assicurati avessero in corso o stipulassero in proprio per lo stesso rischio.

Quindi la polizza opererà indipendentemente dall'esistenza di altre polizze in essere.

1.13) Coassicurazione e delega

Se l'assicurazione è ripartita per quote tra più Società:

1. Ciascuna di esse è tenuta alla prestazione in proporzione della rispettiva quota, quale risulta dal contratto stesso, esclusa ogni responsabilità solidale.
2. Tutte le comunicazioni inerenti al contratto, ivi comprese quelle relative al recesso ed alla disdetta, devono trasmettersi dall'una all'altra parte unicamente per il tramite della Compagnia Coassicuratrice Delegataria.
3. Ogni comunicazione si intende data o ricevuta dalla Delegataria nel nome e per conto di tutte le Coassicuratrici.
4. I premi di polizza verranno corrisposti dal Contraente alla Compagnia Delegataria per conto di tutte le Coassicuratrici ovvero nei confronti di ciascun assicuratore in ragione della propria quota .

Resta inteso che le comunicazioni inviate all'Agenzia cui è assegnata la polizza si intendono come inviate alla Società Delegataria.

1.14) Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non espressamente regolamentato, valgono le norme di legge.

1.15) Validità esclusiva delle norme dattiloscritte

Si intendono operanti solo le norme dattiloscritte.

La firma apposta dal Contraente su moduli a stampa vale solo quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio tra le Società partecipanti alla Coassicurazione

1.16) Interpretazione del contratto

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

1.17) Clausola Broker

Il Contraente dichiara di aver affidato, a norma del D. Lgs. 209/2005, la gestione del presente contratto alla Società di Brokeraggio Assicurativo Centrale Spa, Via degli Abeti, 80 - 61122 - Pesaro.

Si conviene, a parziale deroga delle norme di assicurazione, che tutti i rapporti inerenti il presente contratto saranno svolti tramite Centrale S.p.a., e in particolare:

- il Broker gestirà per conto del Contraente il contratto sottoscritto, fintanto che tale incarico resti in vigore;
- è fatto obbligo al Contraente di comunicare tempestivamente alla Società l'eventuale revoca dell'incarico al Broker, nonché ogni variazione del rapporto che possa essere di interesse della Compagnia;
- la Società darà preventiva comunicazione al Broker affinché questi possa, ove lo ritenga, essere presente nel caso in cui intenda procedere ad ispezioni o accertamenti inerenti il rapporto assicurativo presso il Contraente;
- ad eccezione delle comunicazioni riguardanti la durata e la cessazione del rapporto assicurativo che debbono necessariamente essere fatte dal Contraente, le comunicazioni fatte alla Società dal Broker, in nome e per conto del Contraente, si intenderanno come fatte dal Contraente stesso. In caso di contrasto tra le comunicazioni fatte dal Broker e quelle fatte direttamente dal Contraente alla Società, prevarranno queste ultime;
- le comunicazioni comportanti la decorrenza di un termine ovvero un aggravamento del rischio fatte alla Società avranno efficacia al momento della ricezione della comunicazione alla Società stessa;
- la Società, entro e non oltre 30 giorni, provvederà all'emissione dei conseguenti documenti relativi al contratto assicurativo e li farà avere al Broker, il quale curerà che il Cliente provveda al perfezionamento degli stessi nonché al pagamento dei relativi premi. Il Broker è responsabile dell'autenticità delle firme apposte sui documenti contrattuali;
- le polizze e le appendici emesse dalla Società ed inviate al Broker, dovranno essere da questi restituite alla stessa dopo il perfezionamento; le copie di spettanza dell'Ente Contraente verranno da questo trattenute all'atto del perfezionamento;
- le polizze, le appendici e le quietanze emesse dalla Società, in caso di mancato perfezionamento o incasso, dovranno essere restituite alla stessa;
- il Broker (o il Contraente con c.p.c. al Broker) provvederà ad inviare alla Società regolare denuncia dei sinistri; la Compagnia comunicherà al Broker (o al Contraente con c.p.c. al Broker) il proprio numero di repertorio nonché, ove necessario, il nome e l'indirizzo del perito incaricato e comunicherà l'esito dei sinistri (senza seguito, importo riservato, importo liquidato);
- la Società incarica il Broker dell'esazione dei premi di competenza del Contraente. Il Broker si impegna a comunicare alla Società tramite fax, telegramma, PEC l'avvenuto pagamento da parte del Contraente, dopodiché sarà debitore in proprio dell'importo del premio comunicato che si impegna a versare entro il giorno 10 del mese successivo a quello della comunicazione di avvenuto incasso. Per quanto previsto al punto 1.2, il Broker comunicherà tramite telefax o telegramma o PEC la decorrenza di garanzia che non potrà comunque essere anteriore alla comunicazione stessa ed alla data di effetto prevista nei documenti contrattuali. Dopodiché il Broker sarà debitore in proprio, eventualmente in solido con il Contraente, dell'importo del premio che si impegna a versare alla Società con le modalità e nei termini previsti al comma precedente. Nell'eventualità in cui non vengano perfezionati i relativi documenti contrattuali, il Broker sarà debitore in proprio, eventualmente in solido con il Contraente, di una somma pari a tanti trecento sessantesimi del premio annuo concordato quanti sono i giorni intercorsi tra la data di inizio della garanzia e quella di comunicazione di annullamento della medesima;

- in caso di coassicurazione, quanto previsto nei due punti precedenti verrà gestito dal Broker, nello stesso modo, nei confronti di ciascun coassicuratore;
- la Società e/o i suoi incaricati, nei limiti del possibile, condurranno gli accertamenti e la liquidazione in contraddittorio con il Broker.
- la Società comunicherà al Broker qualsiasi eccezione o riserva che venisse sollevata nel corso della liquidazione.

Al Broker verranno retrocesse provvigioni – che restano esclusivamente a carico dell’Agenzia e/o dell’Impresa aggiudicataria - pari al 4,5%.

1.18) Estensione territoriale

La validità dell’assicurazione è estesa al mondo intero, con l’intesa che la valutazione e la liquidazione dei danni vengano effettuate in Italia, con pagamento degli indennizzi in Euro.

1.19) Foro competente

Per le controversie relative al contratto il foro competente è esclusivamente quello dove risiede il Contraente.

1.20) Rinuncia al diritto di surrogazione

La Società rinuncia al diritto di surrogazione che le compete ai sensi dell’Art. 1916 C.C. per le somme pagate, lasciando così integri i diritti dell’Assicurato o dei suoi aventi causa contro i responsabili dell’infortunio.

1.21) Obblighi dell’appaltatore relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari

La Compagnia fornitrice dei servizi assicurativi, assume tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all’articolo 3 della legge 136/2010 e successive modifiche.

La Compagnia si impegna a dare immediata comunicazione alla stazione appaltante ed alla Prefettura - Ufficio Territoriale del Governo della Provincia di Ancona della notizia dell’inadempimento della propria controparte (subappaltatore/sub-contraente) agli obblighi di tracciabilità finanziaria.

SEZIONE II

CONDIZIONI PARTICOLARI INFORTUNI

2.1) Oggetto dell’assicurazione

L’assicurazione vale per gli infortuni che subiscano gli assicurati evidenziati nelle seguenti partite:

Partita 1 - Della Giunta Comunale e dei Consiglieri e del Segretario del Contraente assicurati ai sensi della normativa vigente. La garanzia copre gli infortuni subiti dai soggetti sopra indicati, durante lo svolgimento di qualsiasi incarico per conto del Contraente, compresi i rischi derivanti della circolazione stradale per la partecipazione a riunioni, sopralluoghi e comunque nello svolgimento di ogni incarico inerente il mandato ricoperto, ed incluso il rischio “in itinere” per raggiungere la sede del Contraente, per qualsiasi altra destinazione connessa all’espletamento delle proprie funzioni, nonché per i successivi rientri.

Partita 2 - Dei Dipendenti del Contraente assicurati ai sensi della normativa vigente intendendosi inclusi in tale denominazione anche i lavoratori parasubordinati di cui al D. Lgs. 38/2000, dei Dirigenti Esterni o altre figure in capo all’Ente quando, per ragioni di servizio e/o di lavoro, si trovino a bordo di veicoli (motocicli, ciclomotori e cicli compresi), in qualità di conducenti o trasportati. L’assicurazione vale anche mentre, in caso di fermata provocata da incidente – guasto – rottura – foratura ed altri eventi accidentali, il conducente si trovi a terra per eseguire le operazioni necessarie (anche di spinta a mano) a consentire al veicolo di riprendere la marcia o di spostarsi da una situazione di intralcio o di pericolo.

Resta inteso che:

- i veicoli possono essere sia di proprietà del Contraente, sia delle figure sopra nominate in qualità di Assicurati, sia di terzi in genere (ivi compresi altri Enti Pubblici);
- devono intendersi Assicurati nell’ambito della presente Partita 2 anche i soggetti non rientranti nella definizione sopra esposta quando, su autorizzazione del Contraente, si trovino a bordo di veicoli di proprietà, locazione e/o noleggio del Contraente stesso in qualità di conducenti;

Si conviene che vengano parificati ai dipendenti del Contraente i dipendenti di Enti Terzi che, distaccati temporaneamente presso l'Ente Contraente, dipendano funzionalmente da quest'ultimo.

Partita 3 – Varie :

- Operatori Volontari di Attività Socialmente Utili
- Anziani in inserimento lavorativo
- Operatori volontari in servizi culturali
- Pensionati in attività lavorativa
- Adulti in marginalità sociale – Portatori di Handicap – Tirocinanti con problemi fisici e psichici durante l'inserimento lavorativo
- Partecipanti alle attività di ludoteche (ragazzi e operatori)
- Borse lavoro e tirocini in situazione di disabilità
- Borse studio e Borse lavoro
- Lavoratori in Mobilità
- Volontari per tirocini
- Volontari praticanti geometri
- Stagisti per servizio di qualità ambiente.
- Volontari in Servizio Civile Nazionale
- Lavoratori di pubblica utilità a seguito di Convenzioni con Tribunali
- Volontari incaricati della cura del verde pubblico
- Soggetti facenti parte del “Progetto povertà”

La garanzia copre gli infortuni subiti dalle figure sopra indicate quando incaricati dall'Ente Contraente con appositi atti deliberativi, determinazioni dirigenziali, borse di studio e lavoro nonché in virtù di apposite convenzioni, durante lo svolgimento dell'attività svolta per conto e/o su organizzazione del Contraente anche presso terzi, compresa la conduzione di veicoli in genere (ciclomotori, motocicli e cicli compresi).

Qualora l'Ente avesse necessità di assicurare soggetti non espressamente indicati in tale Partita, si conviene tra le Parti che essi saranno collocati in questa Partita.

Partita 4 – Minori in affidamento

- Minori in affidamento garanzia prestata 24 ore su 24

Partita 5 – Giovani - Minori

- Bambini frequentanti la scuola dell'obbligo partecipanti alle attività del Centro Diurno “Aquilone”
- Bambini frequentanti l'Asilo Nido Colle Fiorito

Partita 6 – Centro Diurno “Fonte Magna”

- Soggetti portatori di handicap partecipanti alle attività del Centro Diurno

Partita 7 - Dei partecipanti alle attività organizzate dall'Ente Contraente

L'assicurazione copre ogni infortunio occorso alle persone che partecipano ad attività ricreative, sportive e del tempo libero organizzate dal Contraente.

Relativamente a tutte le persone assicurate alle precedenti partite, si precisa che :

- qualora la persona assicurata sia dipendente dell'Ente, la polizza opererà solo per le somme dovute al dipendente a titolo di equo indennizzo.
- qualora la persona assicurata non sia dipendente dell'Ente, la polizza opererà per il danno subito dall'Assicurato e tale indennizzo costituirà parte di quanto eventualmente dovuto in sede di danno RC.

Partita 8 - Centro estivo ricreativo “Aquilone”

L'assicurazione copre i minori partecipanti ai Centri Ricreativi Estivi organizzati dal Contraente nel periodo dal 15 maggio al 30 settembre compreso il rischio in itinere ovvero il tragitto dal domicilio al luogo del Centro e viceversa con qualsiasi mezzo. Sono compresi gli animatori e gli accompagnatori.

Partita 9 – Dei Volontari aderenti al gruppo di Protezione Civile Comunale

La garanzia copre gli infortuni subiti dai Volontari aderenti al gruppo di Protezione Civile Comunale impiegati in attività riconducibili alla Protezione Civile stessa e non, ai sensi degli articoli del Decreto 16 Novembre 1992 e dello Statuto Comunale, durante lo svolgimento di qualsiasi incarico per conto del Contraente, compresi i rischi derivanti della circolazione stradale per la partecipazione a riunioni, sopralluoghi, interventi operativi e comunque nello svolgimento di ogni attività necessaria prevista, ed incluso il rischio “in itinere” per raggiungere la sede del Contraente, per qualsiasi altra destinazione connessa all’espletamento delle proprie funzioni, nonché per i successivi rientri.

La garanzia sarà valida per le persone identificate – generalità, data e luogo di nascita, residenza - nei registri d’iscrizione tenuti dal Gruppo, come da Decreto sopra citato ovvero dalle comunicazioni che effettua il Comune di Senigallia attraverso il sito della Regione Marche in ragione di quanto stabilito dalla Legge 11.8.1991 adottata ai sensi della Legge Regionale 48/95.

Il premio anticipato di polizza viene calcolato su un numero di 33 (trentatre) Volontari utilizzati in 200 (duecento) giornate/presenza.

2.2) Somme assicurate

Le somme assicurate sotto esposte si intendono per ciascuna persona assicurata. Resta comunque inteso che:

- per ciascun assicurato, nell’ambito dello stesso sinistro, non può operare più di una Partita;
- qualora per lo stesso sinistro e per lo stesso assicurato possano essere applicate più Partite contemporaneamente, opererà esclusivamente la Partita più conveniente per l’Assicurato;

Partita 1	Somme assicurate in Euro
In caso di morte	500.000,00
In caso di invalidità permanente	500.000,00
Rimborso spese mediche	10.000,00

Partita 2	Somme assicurate in Euro
In caso di morte	200.000,00
In caso di invalidità permanente	280.000,00
Rimborso spese mediche	10.000,00

Partita 3 4 5 6 7 8	Somme assicurate in Euro
In caso di morte	100.000,00
In caso di invalidità permanente	150.000,00
Rimborso spese mediche	5.000,00

Partita 9	Somme assicurate in Euro
In caso di morte	180.000,00
In caso di invalidità permanente	180.000,00
Rimborso spese mediche	2.500,00
Diaria da ricovero per infortunio e malattia /gessatura	30,00

2.3) Rischi compresi

La garanzia comprende i seguenti eventi:

- a) Colpi di sole, di calore ed altre conseguenze termiche
- b) Annegamento
- c) Asfissia non di origine morbosa
- d) Assideramento ed il congelamento
- e) Folgorazione
- f) Strappi muscolari derivanti da sforzo
- g) Avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze

- h) Alterazioni patologiche conseguenti a lesioni, morsi di animali e punture di insetti, escluse la malaria e le malattie tropicali
- i) Infortuni subiti in stato di male di incoscienza o conseguenti a colpi di sonno
- j) Infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche grave
- k) Infortuni derivanti da tumulti popolari o da atti di terrorismo, vandalismo, attentati a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva, salvo quanto previsto al successivo art. 2.8) punto b;
- l) Infortuni subiti in conseguenza di calamità naturali costituite da terremoto, maremoto, eruzione vulcanica, alluvioni, inondazioni e fenomeni connessi
- m) Infortuni causati da influenze termiche ed atmosferiche
- n) Contatto con corrosivi
- o) Infortuni derivanti dall'uso e guida di tutti i veicoli a motore, natanti e subacquei
- p) Infortuni subiti durante i viaggi aerei (rischio volo)
- q) Infortuni riportati durante il servizio militare e/o servizio civile
- r) Lesioni causate da sforzi, esclusi gli infarti (relativamente alle ernie si veda quanto stabilito all'art. 2.19)
- s) Lesioni corporali subite per legittima difesa o per dovere di solidarietà umana
- t) Conseguenze di operazioni chirurgiche e di cure mediche rese necessarie a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza.

2.4) Morte

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifichi, anche successivamente alla scadenza della Polizza, entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida la somma assicurata per il caso di morte alle Persone designate dall'Assicurato, la cui dichiarazione scritta può essere depositata presso il Contraente o, in assenza di dichiarazioni, agli eredi legittimo e/o testamentari,.

2.5) Morte Presunta

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza il corpo dell'Assicurato scompaia o non venga ritrovato e si presume sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà il capitale previsto per il caso di morte. La liquidazione, sempre che non siano nel frattempo emersi elementi tali da rendere il danno non indennizzabile, non avverrà prima che siano trascorsi 180 giorni dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta proposta a termini degli art. 60 e 62 del Codice civile. Nel caso che, successivamente al pagamento, risulti che la morte non si è verificata o che comunque non è dipesa da infortunio indennizzabile, la Società avrà diritto al rimborso dell'intera somma liquidata. A restituzione avvenuta da parte dell'Assicurato dell'intera somma liquidata, l'Assicurato stesso potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita. L'indennizzo per il caso di morte è dovuto anche se la morte stessa si verifica entro due anni dal giorno dell'infortunio ed anche successivamente alla scadenza della polizza.

2.6) Invalidità Permanente

Se l'infortunio ha per conseguenza una Invalidità Permanente e questa si manifesti anche successivamente alla scadenza della Polizza ma comunque entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida una indennità proporzionale al grado di invalidità accertata calcolata sulla base della somma assicurata per Invalidità Permanente di cui alla tabella del precedente articolo 2.2.

Il diritto all'indennità per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non trasmissibile ai beneficiari; tuttavia se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio, dopo che l'indennità sia stata determinata, offerta ed accettata, offerta ma non ancora corrisposta, la Società paga i beneficiari per l'importo determinato e/o offerto.

Se, dopo il pagamento di una indennità per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai Beneficiari o, in difetto, agli eredi legittimi, la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore, e non chiede il rimborso in caso contrario.

Valgono le seguenti precisazioni:

- a) la Società prende atto che se l'Assicurato è mancino, il grado di invalidità per il dato destro è applicato al sinistro e viceversa.
- b) la perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerato come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione le percentuali vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta:

- c) nei casi di sinistro che cagioni la perdita anatomica o funzionale di più organi o arti, l'indennità viene stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione sino al limite massimo del 100%
- d) nel caso in cui un Assicurato subisca un infortunio ad un arto superiore, 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.
- e) Nei casi di invalidità Permanente non specificati nella suddetta tabella, 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.

2.7) Inabilità Temporanea (se richiamata la relativa garanzia)

La Società corrisponderà all'Assicurato una indennità giornaliera in caso di Inabilità e/o incapacità di attendere totalmente o parzialmente alla propria attività a seguito di infortunio.

L'indennità verrà corrisposta indipendentemente dal fatto che dall'infortunio sia residua all'Assicurato una invalidità permanente.

L'applicazione di apparecchi gessati e/o tutori immobilizzanti, purché l'applicazione e la rimozione degli stessi siano certificati da personale medico e non siano rimovibili a cura dell'Assicurato, è equiparata alla inabilità temporanea.

L'indennità giornaliera prevista da tale garanzia è cumulabile con quelli dovuti per invalidità permanente o per morte.

2.8) Rischi esclusi

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti :

- a) da guerra ed insurrezione, salvo quanto previsto *all'art. 2..21) delle Condizioni Particolari*;
- b) da atti terroristici posti in essere tramite l'uso di sostanze nucleari, biologiche, batteriologiche o chimiche;
- c) dalla partecipazione a gare e corse (e relative prove) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore;
- d) da stato di ebbrezza od alterazione psichica dovuta ad uso di sostanze stupefacenti, alcoolismo o tossicodipendenza;
- e) da proprie azioni delittuose;
- f) gli infortuni che siano conseguenza diretta od indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo e di radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche e da esposizioni a radiazioni ionizzanti;
- g) le conseguenze di operazioni chirurgiche e di accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio.

2.9) Limiti di età

L'assicurazione vale per persone di età non superiore a 80 anni. Per quelle che superano tale limite di età, l'assicurazione cessa alla prima scadenza annuale del premio senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti successivamente, premi che in tal caso verranno restituiti.

2.10) Limiti di risarcimento

Nel caso di infortunio che colpisse contemporaneamente più persone assicurate, in conseguenza di un unico evento, si conviene che il limite massimo di risarcimento ammonta a €uro 6.000.000 (seimilioni). Qualora le indennità liquidabili ai sensi del contratto di assicurazione eccedessero - nel loro complessivo - tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

2.11) Rc. del Contraente

Qualora l'infortunato o, in caso di morte, i beneficiari o soltanto qualcuno di essi non accettino a completa tacitazione per l'infortunio l'indennità dovuta ai sensi della presente polizza ed avanzino verso il Contraente maggiori e ulteriori pretese a titolo di responsabilità civile, a titolo di "equo indennizzo", o in ottemperanza a C.C.N.L., l'indennità nella sua totalità, a richiesta del Contraente, viene accantonata per essere computata nel risarcimento che il Contraente fosse tenuto a corrispondere per legge, sentenza o transazione.

Qualora l'infortunato o gli anzidetti beneficiari recedano dall'azione di responsabilità civile, o rimangano in essa soccombenti, l'indennità accantonata, a richiesta del Contraente, viene agli stessi pagata sotto deduzione delle spese di difesa sostenute dal Contraente.

2.12) Rischio volo

L'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi in aereo, per motivi connessi all'attività lavorativa, effettuati in qualità di passeggero, su velivoli od elicotteri da chiunque ne conduca l'esercizio tranne che :

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

Il viaggio in aereo si intende iniziato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso.

Il cumulo delle somme assicurate di cui alla presente polizza e di altre assicurazioni da chiunque stipulate a favore degli stessi Assicurati per rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni, individuali e cumulative non può superare i capitali di :

* per persona :

- Euro 1.050.000 per il caso morte
- Euro 1.050.000 per il caso invalidità permanente totale
- Euro 260 al giorno per inabilità temporanea

* complessivamente per aeromobile:

- Euro 5.200.000 per il caso morte
- Euro 5.200.000 per il caso invalidità permanente totale
- Euro 5.200 al giorno per inabilità temporanea

In detta limitazione per aeromobile rientrano anche le somme che si riferiscono ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze.

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

2.13) Rimborso spese mediche (per le sole Partite ove prevista specifica somma assicurata)

Nel caso che l'Assicurato, in conseguenza di infortunio, necessiti di prestazioni sanitarie, la Società si impegna a rimborsare all'avente diritto, e fino alla concorrenza del massimale previsto per un anno assicurativo, le spese sanitarie sostenute per:

- accertamenti diagnostici e medico - legali;
- visite mediche e specialistiche;
- onorari del chirurgo e di ogni altro componente l'equipe operatoria, diritti di sala operatoria, materiale di intervento;
- apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento chirurgico;
- rette di degenza;
- trasporto dell'Assicurato in ambulanza al Comune di cura o all'ambulatorio e viceversa;
- cure mediche e trattamenti fisioterapici rieducativi;
- acquisto di apparecchi protesici ortopedici sostitutivi di parti anatomiche e protesi oculari
- cure odontoiatriche e protesi dentarie.

La Società effettua il pagamento di quanto dovuto su presentazione, in originale, delle relative notule, distinte e ricevute, debitamente quietanzate. Il pagamento viene effettuato a cura ultimata. Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi verranno eseguiti in Italia, in valuta italiana al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi.

2.14) Diaria da ricovero/gessatura (per le sole Partite ove prevista specifica somma assicurata)

La Società in caso di ricovero in ospedale o clinica a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, corrisponde all'Assicurato l'indennizzo giornaliero stabilito per ogni giorno di degenza e per una durata massima di 180 giorni per evento. L'indennizzo decorre dal giorno di ricovero ed avrà termine il giorno di dimissione dall'ospedale o dalla clinica.

La denuncia del ricovero alla Società, corredata da certificato medico deve essere inviata entro 8 (otto) giorni dal ricovero stesso. La liquidazione dell'indennizzo avrà luogo a degenza ultimata e previa presentazione alla Società della cartella clinica con l'indicazione della natura dell'infortunio nonché del giorno di dimissione dall'ospedale o clinica.

Nel caso che l'Assicurato, in conseguenza di infortunio, necessiti di gessatura ad uno o più arti, la Società si impegna a corrispondere all'avente diritto, l'indennizzo giornaliero dal giorno del ricovero, ovvero, in mancanza di questo, dal giorno d'applicazione della gessatura a quello della rimozione.

Capitolato tecnico polizza Infortuni Cumulativa

Parimenti, la garanzia opera in caso di infortunio che comporti l'applicazione di un apparecchio terapeutico di contenzione diverso dalla gessatura da parte del personale medico o paramedico.

La presente garanzia è operativa dal giorno del ricovero ovvero, in mancanza di questo, dal giorno dell'applicazione degli apparecchi predetti, a quello della loro rimozione ed in ogni caso sino ad un periodo massimo di 90 giorni.

2.15) Diaria da ricovero/malattia (per le sole Partite ove prevista specifica somma assicurata)

La Società in caso di ricovero in ospedale o clinica a seguito di malattia indennizzabile a termini di polizza, corrisponde all'Assicurato l'indennizzo giornaliero stabilito per ogni giorno di degenza e per una durata massima di 180 giorni per evento. L'indennizzo decorre dal giorno di ricovero ed avrà termine il giorno di dimissione dall'ospedale o dalla clinica.

La denuncia del ricovero alla Società, corredata da certificato medico deve essere inviata entro 8 (otto) giorni dal ricovero stesso. La liquidazione dell'indennizzo avrà luogo a degenza ultimata e previa presentazione alla Società della cartella clinica con l'indicazione della natura dell'infortunio nonché del giorno di dimissione dall'ospedale o clinica.

La garanzia ha effetto:

1. dal 30° giorno successivo a quello di effetto della polizza, per le malattie;
2. dal 180° giorno successivo a quello di effetto della polizza, per i casi di ricovero a seguito di malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione del contratto.

La garanzia non opera:

1. per le cure termali;
2. per la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere;
3. per la cura di intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici od uso di allucinogeni nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;
4. per le cure e interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla data di effetto dell'assicurazione;
5. per le applicazioni di carattere estetico;
6. per le malattie che siano conseguenza diretta od indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo e di radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche e da esposizioni a radiazioni ionizzanti.

2.16) Esonero denuncia infermità, difetti fisici e mutilazioni

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le infermità, i difetti fisici e le mutilazioni di cui i singoli assicurati fossero affetti al momento della stipulazione della polizza o che dovessero in seguito sopravvenire.

2.17) Tabella INAIL

Quale tabella delle percentuali di Invalidità Permanente si intende operante la tabella All. n°1) del D.P.R. 30 Giugno 1965 n° 1124, del DPR n. 38 del 2000 e loro successive modifiche, con rinuncia da parte della Società alla franchigia relativa del D.P.R. anzidetto per il caso di infortunio e con l'intesa che le percentuali indicate nella tabella anzidetta vengano riferite ai capitali assicurati in Polizza per il caso di invalidità permanente..

2.18) Invalidità permanente superiore al 50%

Nel caso l'invalidità permanente accertata a termini di polizza fosse superiore al 50% della totale, la Società liquiderà un importo pari al 100% del capitale assicurato per invalidità permanente totale.

2.19) Ernie traumatiche

La garanzia è estesa alle ernie traumatiche ed in genere alle lesioni conseguenti a sforzi.

Per le ernie operabili viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 2% della somma assicurata alla partita invalidità permanente ferma, ove prevista, la garanzia di rimborso spese di cura nei limiti indicati per ciascuna partita.

Per le ernie non operabili, l'indennizzo viene computato in base alla tabella INAIL (All. n°1 del D.P.R. 30 Giugno 1965 n° 1124, del DPR n. 38 del 2000 e loro successive modifiche), fermo restando un limite massimo di risarcimento del 10% della somma assicurata per la Invalidità Permanente.

2.20) Danni estetici

Si conviene che in caso di infortunio non escluso dalle Condizioni della presente polizza, che produca conseguenze di carattere estetico, ma che non comporti risarcimento a titolo di invalidità permanente, la Compagnia rimborserà comunque le spese sostenute dall'Assicurato per le cure e gli interventi, anche chirurgici, effettuati allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico.

La presente garanzia è prestata sino alla concorrenza di € 15.000,00.

2.21) Rischio guerra

A parziale deroga dell'art. 2.8 lettera a), le garanzie valgono anche per gli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata), per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero.

2.22) Franchigie

Nel caso di Invalidità Permanente accertata ed indennizzabile a termini di polizza, agli Assicurati verrà corrisposto l'indennizzo previsto dal presente contratto senza applicazione di franchigia.

Relativamente alla garanzia Rimborso Spese Mediche si applicherà una franchigia di € 50,00 su tutte le partite.

2.23) Identificazione persone assicurate – Comunicazione delle variazioni

- Il Contraente è esonerato dall'obbligo di presentare preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate nelle partite 1-2-3-4-5-6-8-9 Per l'identificazione delle persone assicurate si farà riferimento alla documentazione dei competenti uffici che il Contraente si impegna a far pervenire alla Società in caso di richiesta;
- il Contraente è esonerato dall'obbligo di comunicare le persone incluse o escluse nel corso di validità della polizza nelle partite 1-2-3-4-5-6-8-9 . Per l'identificazione delle persone assicurate si farà riferimento alla documentazione dei competenti uffici che il Contraente si impegna a far pervenire alla Società in caso di richiesta.

2.24) Costituzione del premio

Il premio della presente assicurazione verrà parametrato come segue:

- Per ognuno dei n. 30 (Sindaco, Vice Sindaco, Amministratori, Consiglieri) Assicurati non nominati di cui alla Partita n. 1, € Premio totale €
- Complessivamente per tutti i Dipendenti , in ragione di 30 Assicurati (in via convenzionale in ragione di tutto il rischio) non nominati di cui alla Partita n. 2, €
- Per ognuno dei n. 31 Assicurati non nominati di cui alla Partita n. 3, €Premio Totale €
- Per ognuno dei n. 2 Assicurati non nominati di cui alla Partita n. 4, €Premio Totale €
- Per ognuno dei n. 90 Assicurati non nominati di cui alla Partita n. 5, €Premio Totale €
di cui:
n. 50 Centro Diurno Aquilone € ... pro capite
n. 40 Asilo Nido Collefiorito € ...pro capite
- Per ognuno dei n. 10 Assicurati non nominati di cui alla Partita n. 6, € ... Premio totale €
- Per la Partita 7 il premio lordo pro capite viene determinato in: €per ogni giorno/persona, sulla base delle comunicazioni effettuate da parte dell'Ente Contraente.
- Per la Partita 8 il premio lordo pro capite viene determinato in: €per ogni assicurato e per n. 10 Assicurati non nominati per la copertura temporanea da maggio a settembre
- Per la Partita 9 il premio lordo pro capite viene determinato in: €per ogni giorno/persona, sulla base delle giornate /presenza anticipate pari a 200 (garanzia attiva dal 28.2.2017)

Il premio lordo anticipato alla firma è pari a €

Il premio lordo delle rate successive, considerando l'inserimento della partita 9, sarà di €

Il 85% del premio annuo anticipato rappresenta il premio minimo comunque acquisito dalla Società.

2.25) Aggiornamento e regolazione del premio

Al termine della scadenza della polizza fissata per il 30 giugno, il Contraente comunicherà alla Società le variazioni numeriche intervenute nel periodo.

Essendo il premio convenuto in base ad elementi di rischio variabili, esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza ed è regolato alla fine dell'annualità assicurativa 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 90 giorni dalla fine dell'anno di assicurazione o della minor durata del contratto, il Contraente deve fornire per iscritto alla Società i dati necessari e cioè:

Le partite 2 e 8 sono strutturate su un numero di 30 assicurati per ogni partita in ragione di tutto il rischio. Il premio viene acquisito dalla Compagnia e non si procederà a regolazione dello stesso.

Relativamente alle Partite n.1,3,4,5,6,8 l'indicazione del numero di Assicurati e/o giorni-persone risultanti alla data di scadenza del periodo da regolare. Le variazioni numeriche avvenute rispetto al premio anticipato verranno conteggiate forfetariamente sulla base del 50% del corrispondente premio pro capite.

Relativamente alla Partita 7 si effettueranno i conteggi sulla base dei giorni/persone/periodi comunicati di volta in volta dal Contraente.

Relativamente alla Partita n.,9 l'indicazione del numero di Assicurati e/o giorni-persone risultanti alla data di scadenza del periodo da regolare.

Le differenze attive dovranno essere versate da una parte all'altra entro 60 giorni dalla presentazione, da parte della Società, dell'appendice di regolazione premio al Contraente.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti o il versamento della differenza passiva dovuta, la Società può fissargli un ulteriore termine non inferiore a trenta giorni, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le eventuali rate successive (nel caso specifico eventuale proroga per espletamento di gara) viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo all'annualità assicurativa per la quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva e la garanzia resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare con lettera raccomandata la risoluzione del contratto.

La Società ha il diritto di effettuare in qualsiasi momento verifiche o controlli per i quali il Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessari ed in particolare ad esibire il libro paga.

LA SOCIETA'

IL CONTRAENTE