

ALLEGATO 1.4

Capitolato speciale dell'assicurazione

INFORTUNI

La presente Polizza è stipulata tra

<input type="checkbox"/> Comune di COLORNO

e

la Società/Impresa Assicuratrice
.....

Durata del contratto

dalle ore 24.00 del:	31.12.2020
alle ore 24.00 del:	31.12.2023

con scadenza primo periodo assicurativo

alle ore 24.00 del:	31.12.2021
---------------------	------------

Sommario

DEFINIZIONI

1.0 NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

- 1.1 Prova del contratto
- 1.2 Pagamento del premio e decorrenza della garanzia
- 1.3 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio - Buona fede
- 1.4 Durata del contratto
- 1.5 Recesso in caso di sinistro
- 1.6 Oneri fiscali
- 1.7 Foro competente
- 1.8 Forma delle comunicazioni
- 1.9 Rinvio alle norme di legge
- 1.10 Clausola broker
- 1.11 Coassicurazione e delega (se consentita dalla procedura di selezione per l'affidamento del contratto)
- 1.12 Interpretazione del contratto
- 1.13 Informazione sinistri
- 1.14 Obblighi relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari
- 1.15 Rescissione automatica

2.0 NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

- 2.1 Oggetto dell'assicurazione
- 2.2 Estensione dell'assicurazione
- 2.3 Rischio volo
- 2.4 Rischio di guerra all'estero
- 2.5 Estensione territoriale
- 2.6 Esclusioni
- 2.7 Limiti di età
- 2.8 Persone non assicurabili
- 2.9 Denuncia del sinistro e relativi obblighi
- 2.10 Criteri di indennizzabilità
- 2.11 Morte
- 2.12 Morte presunta
- 2.13 Invalidità permanente
- 2.14 Inabilità temporanea (se assicurata)
- 2.15 Rimborso spese sanitarie (se assicurato)
- 2.16 Indennità di ricovero a seguito di infortunio (se assicurata)
- 2.17 Cumulo di indennità
- 2.18 Controversie
- 2.19 Rinuncia alla rivalsa
- 2.20 Responsabilità del Contraente
- 2.21 Assicurazione presso diversi assicuratori
- 2.22 Esonero denuncia condizioni degli Assicurati
- 2.23 Esonero denuncia generalità degli Assicurati
- 2.24 Limite catastrofale

3.0 NORME PARTICOLARI

- 3.1 Delimitazione dell'assicurazione
- 3.2 Rischio in itinere
- 3.3 Elevazione dell'indennità assicurata in caso di morte da atti violenti
- 3.4 Estensione alle aggressioni al di fuori dell'orario di svolgimento dell'attività
- 3.5 Deroga ai limiti di età
- 3.6 Danni estetici
- 3.7 Franchigia per il caso di invalidità permanente
- 3.8 Malattie contratte in servizio e per cause di servizio
- 3.9 Malattie tropicali
- 3.10 Spese di rimpatrio
- 3.11 Regolazione del premio

SCHEDA TECNICA

DEFINIZIONI

Ai seguenti termini, utilizzati nel contratto, le Parti convengono di attribuire il significato di seguito precisato:

Compagnia o Società

L'Impresa Assicuratrice delegataria e le Imprese coassicuratrici (qualora previste)

Contraente

Il soggetto che stipula l'assicurazione, come indicato nella Scheda Tecnica di Polizza

Assicurato

Il soggetto nel cui interesse è stipulata l'assicurazione.

Polizza

Il contratto di assicurazione.

Premio

La somma dovuta alla Società.

Rischio

La probabilità che si verifichi il sinistro.

Sinistro

Il verificarsi del fatto dannoso previsto in polizza.

Indennizzo

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Franchigia

Parte del danno indennizzabile che rimane a carico dell'Assicurato.

Infortunio

Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Invalidità Permanente

Perdita o diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione svolta.

Inabilità Temporanea

Temporanea incapacità di attendere alle occupazioni professionali svolte.

Malattia

L'alterazione a carattere evolutivo dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Ricovero

Degenza in istituto di cura che comporti il pernottamento o la degenza diurna (Day Hospital) di almeno 6 ore continuative.

Gessatura/Mezzo di contenzione

Ogni dispositivo o apparecchio, con funzione di immobilizzazione e/o stabilizzazione, applicato da personale medico o paramedico, a seguito di frattura o rottura o lesione ossea, miocapsulolegamentosa o tendinea, accertata mediante apparecchiatura diagnostica o clinicamente diagnosticata in ambiente sanitario.

Capitolato speciale dell'assicurazione Infortuni cumulativa

Istituti di Cura

Ospedali, cliniche, case di cura, pubblici o privati, autorizzati a termini di legge al ricovero dei malati/infortunati.

Periodo assicurativo annuo

L'intera annualità assicurativa o il minor periodo di durata dell'assicurazione.

Broker incaricato

Assiteca BSA Srl, mandatario incaricato dal Contraente per la gestione ed esecuzione del contratto, quale intermediario ai sensi dell'art. 109 comma 2 lett. b) del D.Lgs. n. 209/2005.

1.0 NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

1.1 Prova del contratto

L'assicurazione e le sue eventuali modifiche devono essere provate per iscritto, fatta eccezione per quanto diversamente normato.

1.2 Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza e la Società avrà diritto al pagamento del premio entro i 90 giorni successivi all'effetto della presente assicurazione, a parziale deroga dell'art. 1901 del Codice Civile.

I premi potranno essere pagati alla Direzione della Società o alla sede dell'Agenzia alla quale è assegnata la polizza, anche per il tramite del broker.

Si conviene tra le parti di considerare a tutti gli effetti come data di avvenuto pagamento, quella dell'atto che conferisce ordine di liquidazione della spesa con richiesta di mandato al Settore Ragioneria del Contraente, a condizione che venga data comunicazione scritta alla Società degli estremi dell'atto.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00 del 90° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24:00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

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 effettuate dal Contraente ai sensi del D.M.E.F. del 18 gennaio 2008 n. 40, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'art. 3 del Decreto.

Inoltre il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'art. 72 bis del DPR 602/1973 costituisce adempimento, ai fini dell'art. 1901 del Codice Civile, nei confronti della Società stessa.

L'Assicurazione è altresì operante fino al termine delle verifiche e dei controlli che il Contraente è tenuto ad effettuare in relazione alle vigenti disposizioni normative per la stipula dei contratti con le Pubbliche Amministrazioni, anche qualora dette verifiche e controlli eccedessero temporalmente rispetto ai termini di mora richiamati nel presente articolo.

Il termine temporale concesso per i pagamenti dei premi di prima rata e delle rate successive è operante anche per le appendici contrattuali emesse a titolo oneroso, i rinnovi e le proroghe.

1.3 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio - Buona fede

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato all'atto della stipulazione del contratto e relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, così come la mancata comunicazione di successive circostanze o di mutamenti che aggravino il rischio, non comporteranno decadenza dal diritto all'indennizzo, né riduzione dello stesso, né cessazione dell'assicurazione ai sensi degli Artt. 1892, 1893, 1894 e 1898 C.C., sempre che il Contraente e/o l'Assicurato non abbiano agito con dolo.

La Società ha peraltro il diritto di percepire la differenza di premio corrispondente al maggior rischio non valutato per effetto di circostanze non note, a decorrere dal momento in cui la circostanza si è verificata e sino all'ultima scadenza di premio.

A parziale deroga all'Art. 1897 C.C., nei casi di diminuzione del rischio la riduzione di premio sarà immediata e la Società rimborserà la corrispondente quota di premio pagata e non goduta (al netto delle imposte) entro 60 giorni dalla comunicazione, rinunciando allo scioglimento del contratto e alla facoltà di recesso ad essa spettante a termini del sopra richiamato Art. 1897 C.C.

1.4 Durata del contratto

Le parti convengono e si danno reciprocamente atto che il Contraente non è qualificabile come consumatore ex art. 3 del D.Lgs. 6/9/2005 n° 206 e ss.mm.ii. (Codice del Consumo) e pertanto alle stesse parti non si applica il disposto dell'art. 170 bis del Codice delle Assicurazioni Private, come da Determinazione n° 2 del 13 marzo 2013 dell'AVCP.

Il presente contratto ha la durata indicata nella Scheda Tecnica e cessa di avere effetto alla scadenza stabilita.

Mediante atto espresso - da comunicarsi alla Società con preavviso di 30 (trenta) giorni - il Contraente ha la facoltà di procedere alla ripetizione del contratto alle medesime condizioni economiche e normative per un ulteriore periodo non superiore ad anni 2 (due).

Su espressa richiesta scritta del Contraente, al fine di consentire l'espletamento della procedura per l'aggiudicazione di un nuovo contratto, la Società s'impegna tuttavia a prorogare l'assicurazione, alle condizioni economiche e normative in corso, per un periodo massimo di 6 mesi oltre la scadenza contrattuale e dietro corresponsione del corrispondente rateo di premio.

Capitolato speciale dell'assicurazione Infortuni cumulativa

Il Contraente, a seguito di intervenuta disponibilità di convenzioni o accordi quadro resi disponibili da centrali di committenza (art. 1 comma 13 del D.L. n. 95/2012, convertito con Legge n. 135/2012 e ss.mm. e ii.), si riserva di recedere dal contratto qualora accerti la sussistenza di condizioni più vantaggiose rispetto a quelle praticate dalla Società, nel caso in cui quest'ultima non sia disposta all'adeguamento delle economiche del contratto a tali migliori condizioni. Il recesso diverrà operativo previo invio di apposita comunicazione, e fissando un preavviso non inferiore ai 15 giorni.

Il Contraente ha inoltre la facoltà di rescindere il contratto medesimo ad ogni scadenza annua intermedia, mediante comunicazione scritta, da inviarsi alla Società almeno 90 (novanta) giorni prima della scadenza annuale.

1.5 Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni denuncia di sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o contestazione o rifiuto dell'indennizzo, ciascuna delle parti ha facoltà di recedere dal contratto con preavviso di 180 (centottanta) giorni da darsi tramite lettera raccomandata A.R. o PEC.

Nel caso una delle parti eserciti tale facoltà, la Società rimborserà al Contraente, entro 30 (trenta) giorni dalla data di efficacia del recesso, il rateo di premio relativo al residuo periodo di assicurazione in corso, compreso - nel caso in cui sia la Società a recedere dal contratto - l'importo corrispondente al rateo di imposte.

Non è ammesso il recesso della Società da singole garanzie o parti del contratto, salvo espressa presa d'atto ed accettazione da parte del Contraente.

1.6 Oneri fiscali

Tutti gli oneri fiscali - presenti e futuri - relativi al premio dell'assicurazione, sono a carico del Contraente anche se ne sia stato anticipato il pagamento dalla Società.

1.7 Foro competente

Per le controversie riguardanti l'esecuzione del presente contratto è competente esclusivamente il Foro del luogo dove ha sede legale il Contraente.

Ove venga attivato un procedimento stragiudiziale di mediazione, sia esso obbligatorio o facoltativo e salvo diversa previsione di legge, tale procedimento dovrà svolgersi dove ha sede legale il Contraente e/o l'Assicurato.

1.8 Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni inerenti il contratto, saranno considerate valide se fatte dall'una all'altra parte con lettera raccomandata o PEC o telegramma o telefax o e-mail.

1.9 Rinvio alle norme di legge

Per quanto non è espressamente regolato dalle presenti condizioni contrattuali valgono le norme di legge.

1.10 Clausola broker

Il Contraente si avvale, per la gestione e l'esecuzione del presente contratto dell'assistenza e della consulenza del Broker incaricato.

Pertanto, a parziale deroga delle norme che regolano l'assicurazione, il Contraente e la Società si danno reciprocamente atto che ogni comunicazione inerente l'esecuzione del presente contratto - con la sola eccezione di quelle riguardanti la durata e la cessazione del rapporto assicurativo - dovrà essere trasmessa, dall'una all'altra parte, unicamente per il tramite del Broker incaricato. Per effetto di tale pattuizione, ogni comunicazione fatta dal Contraente/Assicurato al Broker incaricato si intenderà come fatta alla Società e viceversa, come pure ogni comunicazione fatta dal Broker incaricato in nome e per conto del Contraente/Assicurato, si intenderà come fatta dal Contraente/Assicurato stesso.

Resta inteso che il Broker incaricato gestirà in esclusiva per conto del Contraente il contratto sottoscritto per tutto il permanere in vigore dell'incarico di brokeraggio, con l'impegno del Contraente a comunicarne alla Società l'eventuale revoca ovvero ogni variazione del rapporto che possa riguardare il presente contratto.

La Società dà e prende atto che il pagamento dei premi viene effettuato tramite il Broker incaricato e riconosce che il pagamento effettuato in buona fede dal Contraente al Broker incaricato si considera - ai fini di quanto disposto dall'art. 1901 C.C. - come eseguito nei confronti della Società e deve pertanto intendersi liberatorio per il Contraente.

Il Broker incaricato si impegna a dare una tempestiva comunicazione alla Società degli incassi realizzati per titoli relativi al presente contratto rilasciati dalla Società medesima procedendo quindi a regolarne i rispettivi importi con estratto all'ultimo giorno del mese nel quale è stato effettuato l'incasso e alla corresponsione materiale dei premi entro il giorno 10 del mese successivo.

Capitolato speciale dell'assicurazione Infortuni cumulativa

La remunerazione del Broker è a carico della Società nella misura percentuale pari al **9,60%** (novevirgolasessanta per cento) del premio imponibile dell'assicurazione.

1.11 Coassicurazione e delega (se consentita dalla procedura di selezione per l'affidamento del contratto)

Se l'assicurazione è ripartita per quote tra più Società coassicuratrici, ciascuna di esse deve essere indicata nel riparto allegato alla polizza, ferma restando - in espressa deroga all'articolo 1911 del Codice Civile - la responsabilità solidale di tutte le Imprese coassicuratrici nei confronti del Contraente e dell'Assicurato per le obbligazioni assunte con la stipula dell'Assicurazione. Rimane stabilito che:

- con la firma del presente contratto le Coassicuratrici conferiscono mandato alla Società Delegataria per firmare i successivi documenti contrattuali e compiere tutti i necessari atti di gestione anche in loro nome e per loro conto; pertanto la firma apposta sui detti documenti dalla società Delegataria li rende validi ad ogni effetto anche per le coassicuratrici (per le rispettive quote), senza che da queste possano essere opponibili eccezioni o limitazioni di sorta.
- 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 Società coassicratrice Delegataria e del Contraente ed ogni comunicazione si intende data o ricevuta dalla Società Delegataria anche nel nome e per conto di tutte le Coassicuratrici;
- i premi di polizza verranno corrisposti dal Contraente al Broker incaricato che provvederà a rimmetterli unicamente nei confronti della Società Delegataria per conto di tutte le coassicuratrici. In caso di revoca dell'incarico al broker, e successivamente alla cessazione dello stesso, il pagamento dei premi potrà essere effettuato dal Contraente direttamente nei confronti della Società Delegataria per conto di tutte le coassicuratrici;

Nel caso in cui il presente contratto di assicurazione sia aggiudicato a un raggruppamento temporaneo di imprese, costituitosi in termini di legge, si deroga al disposto dell'art. 1911 del Codice Civile, essendo tutte le imprese sottoscrittrici responsabili in solido nei confronti del Contraente. La delega assicurativa è assunta dalla Società indicata dal raggruppamento di imprese quale mandataria.

1.12 Interpretazione del contratto

Il presente capitolato normativo abroga e sostituisce ogni diversa previsione degli stampati della Società eventualmente uniti all'assicurazione, restando convenuto che la firma apposta dal Contraente sui detti stampati vale esclusivamente quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio fra le Società eventualmente partecipanti alla coassicurazione. Ciò premesso, si conviene fra le parti che, in caso di dubbio nell'interpretazione anche di una delle condizioni di polizza, si dovrà intendere che le stesse devono interpretarsi in senso conforme a quello in cui tali condizioni possano essere ritenute legittime e non contrarie a disposizione di legge; in ogni caso, verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole all'Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di polizza.

1.13 Informazione sinistri

La Società si impegna a fornire al Contraente e/o al Broker incaricato, con cadenza annuale, qualificati resoconti sullo stato dei sinistri riguardanti il presente contratto e, in particolare, l'elenco dei sinistri denunciati, recante:

- numero del sinistro della Società;
- data di accadimento;
- tipologia del danno;
- stato del sinistro ("in trattativa", "liquidato" e "chiuso senza seguito");
- importo liquidato e relativa data della liquidazione;
- importo riservato;
- per i sinistri respinti, se richiesto, le motivazioni scritte.

La documentazione di cui sopra dovrà essere fornita mediante supporto informatico compatibile e utilizzabile dal Contraente, entro il secondo mese successivo alla scadenza di ciascun periodo assicurativo annuo.

Nel caso in cui la Società esercitasse la facoltà di recesso anticipato dal contratto - se ed in quanto previsto da quest'ultimo - la statistica dettagliata dei sinistri deve essere fornita dalla Società entro e non oltre 30 giorni naturali e consecutivi dalla data di invio della comunicazione di recesso.

Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al Contraente di chiedere e ottenere un aggiornamento con le modalità di cui sopra nel corso di ciascun periodo assicurativo annuo e in tal caso la Società si impegna a trasmettere l'aggiornamento dei sinistri entro e non oltre 30 giorni naturali e consecutivi dalla ricezione della richiesta inviata a mezzo fax o posta elettronica dal Contraente e/o dal Broker.

In caso di inadempienza da parte della Società, il Contraente provvederà a formalizzare contestazione scritta a mezzo raccomandata A.R. o PEC, assegnando alla Società un termine non superiore a 10 giorni naturali e consecutivi per

Capitolato speciale dell'assicurazione Infortuni cumulativa

adempiere al proprio impegno ovvero per produrre controdeduzioni, dopodiché potrà intervenire con le modalità previste dalle norme in vigore.

In caso di inadempienza da parte della Società, il Contraente provvederà a formalizzare contestazione scritta a mezzo raccomandata A.R. o PEC, assegnando alla Società un termine non superiore a 10 giorni naturali e consecutivi per adempiere al proprio impegno ovvero per produrre controdeduzioni, dopodiché potrà intervenire con le modalità previste dalle norme in vigore.

1.14 Obblighi relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari

La Società è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi di tracciabilità previsti dalla legge n. 136/2010 e ss.mm. e ii.

Nel caso in cui la Società, nei rapporti nascenti con i propri eventuali subappaltatori, subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, abbia notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria di cui all'art. 3 della legge n. 136/2010, ne dà immediata comunicazione alla Stazione Appaltante ed alla Prefettura - Ufficio territoriale del Governo della Provincia ove ha sede la Stazione appaltante.

L'Amministrazione può verificare, in occasione di ogni pagamento all'appaltatore e con interventi di controllo ulteriori, l'assolvimento da parte dello stesso, dei subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, agli obblighi relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari. La Società s'impegna a fornire ogni documentazione atta a comprovare il rispetto, da parte propria nonché dei subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, degli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla legge n. 136/2010. Il mancato utilizzo del bonifico bancario o postale ovvero degli altri strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni, nelle transazioni finanziarie relative a pagamenti effettuati dagli appaltatori, subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, costituisce causa di risoluzione del contratto ai sensi dell'art. 1456 c.c.

La risoluzione si verifica quando la parte interessata dichiara all'altra che intende valersi della presente clausola risolutiva. La risoluzione, in base all'art. 1458 c.c., non si estende alle obbligazioni della Società derivanti da sinistri verificatisi antecedentemente alla risoluzione del contratto.

1.15 Rescissione automatica

Qualora la Società, avvalendosi della facoltà concessa dalle norme contrattuali, comunichi il proprio recesso dal presente contratto di assicurazione, il Contraente avrà facoltà di rescindere, con pari effetto, tutti i contratti di assicurazione o parte di essi - ovvero le quote di partecipazione agli stessi - assegnati alla Società medesima in esito alla procedura mediante la quale è stato assegnato il presente contratto.

2.0 NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

2.1 Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento:

- delle attività professionali principali e secondarie, nonché delle eventuali diverse attività professionali non dichiarate che, in base alle effettive caratteristiche del rischio, non avrebbero determinato alcun aumento del premio;
e/o
- di attività derivanti da ragioni di servizio e/o incarico e/o mandato;
e/o
- di ogni altra attività che non abbia carattere professionale;

dovendosi al riguardo fare riferimento alle specifiche previsioni della Scheda Tecnica che forma parte integrante e sostanziale dell'assicurazione.

2.2 Estensione dell'assicurazione

Sono compresi nell'assicurazione e si considerano pertanto infortuni:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti acuti e le intossicazioni acute e/o lesioni prodotte da ingestione di cibo o di altre sostanze;
- le morsicature, le punture e le ustioni causate da animali e/o vegetali in genere, nonché le infezioni tetaniche conseguenti ad infortuni risarcibili a termine di polizza;
- le alterazioni patologiche conseguenti a morsi di animali e punture di insetti o aracnidi, esclusa la malaria;
- l'annegamento;
- le conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche o di altre cure rese necessarie da infortunio;
- l'assideramento o congelamento, la folgorazione, i colpi di sole o di calore e altre influenze termiche ed atmosferiche;
- le ernie traumatiche e gli strappi muscolari derivanti da sforzo;

Sono inoltre compresi nell'assicurazione:

- gli infortuni sofferti in conseguenza di contatto con corrosivi;
- gli infortuni sofferti in stato di malore o incoscienza;
- gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza o sotto l'effetto di sostanze stupefacenti, purché l'assunzione di queste ultime abbia comprovato carattere terapeutico, esclusi quelli sofferti alla guida di mezzi di locomozione;
- gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- gli infortuni derivanti da movimenti tellurici ed altre calamità naturali, nonché, a condizione che l'Assicurato non abbia preso parte attiva a tali eventi, gli infortuni derivanti da aggressioni, tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismo e attentati.

2.3 Rischio volo

L'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi in aereo, per motivi di mandato o servizio, effettuati in qualità di passeggero, su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti tranne che:

- da società e/o aziende di lavoro aereo, in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;
- da aereoclubs;

Il viaggio aereo si intende iniziato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aereomobile 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 il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni individuali e cumulative non può superare i seguenti capitali:

per persona:

euro 1.050.000,00 per il caso Morte

euro 1.050.000,00 per il caso di Invalidità Permanente totale

euro 250,00 al giorno per il caso di Inabilità Temporanea;

complessivamente per aeromobile:

euro 5.200.000,00 per il caso Morte

euro 5.200.000,00 per il caso di Invalidità Permanente Totale

euro 5.200,00 al giorno per il caso di Inabilità Temporanea.

Capitolato speciale dell'assicurazione Infortuni cumulativa

Nell'anzidetta limitazione per aeromobile rientrano anche le somme che si riferiscono ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze infortuni cumulative stipulate dallo stesso Contraente.

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

2.4 Rischio di guerra all'estero

La garanzia viene estesa agli infortuni derivanti da stato di guerra, insurrezione, invasione, atti nemici, ostilità (sia che la guerra sia dichiarata o non), se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero e ciò per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità.

2.5 Estensione territoriale

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

Gli eventuali indennizzi saranno corrisposti in Italia e in euro.

2.6 Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti:

- a) dalla guida di mezzi di locomozione aerei;
- b) dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, alpinismo con scalata di rocce o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, immersione con autorespiratore, paracadutismo e sport aerei in genere;
- c) da corse e gare - e relative prove - di ippica, calcio, ciclismo, football americano e rugby, salvo che esse abbiano carattere non professionistico;
- d) da corse e gare - e relative prove - comportanti l'uso di veicoli a motore o natanti a motore, salvo si tratti di regolarità pura;
- e) da reati dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, salvo gli atti compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- f) da guerra o insurrezione, salvo quanto previsto alla norma "rischio di guerra all'estero";
- g) da trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche.

2.7 Limiti di età

L'assicurazione, salvo diversa pattuizione risultante in polizza, non vale per le persone di età superiore a 80 anni. Tuttavia, per le persone che raggiungono tale età in corso di contratto, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla scadenza annuale successiva.

2.8 Persone non assicurabili

Non sono assicurabili (salvo diversa previsione risultante dalla scheda tecnica) le persone affette da alcolismo, da tossicodipendenza o dalle seguenti infermità mentali: schizofrenia, stati paranoidei e maniacali. L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi. Tuttavia ove l'assicurazione sia prestata sulla base di disposizioni di legge o in applicazione di contratti collettivi di lavoro, la richiamata esclusione non sarà operante.

2.9 Denuncia del sinistro e relativi obblighi

La denuncia dell'infortunio, con la descrizione dell'evento e delle cause che lo determinano, corredata anche successivamente di certificato medico, deve essere fatta per iscritto alla Società entro 30 giorni dal sinistro o dal momento in cui il Contraente o l'Assicurato o i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità. Successivamente il Contraente o l'Assicurato devono inviare certificati medici sul decorso delle lesioni.

Nel caso di inabilità temporanea, i certificati dovranno essere rinnovati. In caso di mancato rinnovo, la liquidazione dell'indennità viene fatta considerando data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che la Società possa stabilire una data diversa. L'Assicurato o - in caso di morte - il beneficiario, devono consentire le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dalla Società.

2.10 Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennizzo 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 considerati conseguenze indirette e quindi non indennizzabili. Parimenti, nei casi di preesistente mutilazione o difetto

Capitolato speciale dell'assicurazione Infortuni cumulativa

fisico, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio, come se questo avesse interessato una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivato dalle condizioni preesistenti, fermo quanto stabilito dalla norma "Invalidità permanente".

2.11 Morte

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifichi entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida ai beneficiari designati la somma assicurata per il caso di morte. In difetto di designazione, la Società liquida la detta somma, in parti uguali, agli eredi.

2.12 Morte presunta

Se il corpo dell'Assicurato non viene trovato entro un anno a seguito di arenamento, affondamento o naufragio del mezzo di trasporto terrestre, aereo, lacuale, fluviale o marittimo, verrà riconosciuto l'indennizzo previsto per il caso di morte, considerando l'evento di cui sopra come infortunio. Quando sia stato effettuato il pagamento dell'indennità ed in seguito l'Assicurato ritorni o si abbiano di lui notizie sicure, la Società ha diritto alla restituzione delle somme pagate e relative spese, e l'Assicurato stesso potrà far valere i diritti che eventualmente gli sarebbero spettati, nel caso avesse subito lesioni indennizzabili a norma della presente polizza.

2.13 Invalidità permanente

Se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente e questa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida per tale titolo, secondo le disposizioni seguenti, una indennità calcolata sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, secondo le percentuali previste dalla tabella di cui all'allegato 1 alla Legge 30.06.1965 n. 1124 e successive modifiche e integrazioni in vigore fino al 24/07/2000, con rinuncia della Società all'applicazione della franchigia ivi prevista e con la pattuizione che, qualora per la quantificazione del danno siano previste tabelle per la parte destra e per la parte sinistra del corpo, troverà in ogni caso applicazione la tabella prevista per la parte destra, indipendentemente dalla parte colpita dal sinistro.

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

Per le singole falangi terminali delle dita della mano, escludendo il pollice, si considera invalidità permanente soltanto l'asportazione totale delle falangi stesse.

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

Nei casi di Invalidità Permanente non specificati nella sopra menzionata tabella, l'indennità è stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi elencati, della misura in cui risulta diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.

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

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

- se l'ernia è operabile e il contratto prevede il caso di inabilità temporanea, la Società corrisponderà la somma giornaliera assicurata per l'inabilità temporanea, fino ad un massimo di trenta giorni;
- se l'ernia non risulta operabile, la Società corrisponderà l'indennità fino al 10% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente.

I detti limiti massimi sono confermati anche se l'ernia è bilaterale.

Decorsi almeno 90 giorni dall'infortunio, su richiesta dell'Assicurato la Società, quando abbia preventivato un grado di invalidità permanente superiore al 20%, anticiperà il pagamento di un indennizzo calcolato con riferimento all'anzidetta percentuale, al netto di eventuali franchigie.

Nei casi di invalidità permanente di grado pari o superiore al 50% sarà liquidata l'intera indennità assicurata a tale titolo.

2.14 Inabilità temporanea (se assicurata)

Se l'infortunio ha per conseguenza una inabilità dell'Assicurato ad attendere alle sue occupazioni la Società liquida la diaria assicurata:

Capitolato speciale dell'assicurazione Infortuni cumulativa

- a) integralmente, per tutto il tempo in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle occupazioni medesime;
- b) parzialmente, per tutto il tempo in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle sue occupazioni.

L'indennità per inabilità temporanea viene corrisposta per un periodo massimo di 365 giorni a decorrere dalle ore 24 del giorno dell'infortunio fino alle ore 24 dell'ultimo giorno di inabilità.

I sinistri avvenuti al di fuori dell'Europa, sono indennizzabili limitatamente al periodo di ricovero ospedaliero.

2.15 Rimborso spese sanitarie (se assicurato)

Se l'Assicurato, in conseguenza di infortunio indennizzabile, ricorre a prestazioni sanitarie, la Società rimborsa, fino alla concorrenza del massimale previsto, da intendersi pro capite per periodo assicurativo annuo, le spese sostenute per:

- accertamenti diagnostici e medico legali (esclusi quelli previsti alla norma "controversie");
- visite mediche specialistiche ed acquisto di medicinali;
- eventuale intervento chirurgico - anche ambulatoriale - e quindi onorari del chirurgo e di ogni altro componente l'equipe operatoria, diritti di sala operatoria, materiale d'intervento;
- apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento chirurgico;
- acquisto di apparecchi protesici sostitutivi di parti anatomiche nonché di tutori ortopedici;
- applicazione di gessature, bendaggi e altri presidi di immobilizzazione;
- rette di degenza in Istituto di cura;
- cure e trattamenti fisioterapici e riabilitativi;
- cure odontoiatriche e odontotecniche, nonché protesi dentarie, rese necessarie dal sinistro, purché sostenute entro 1 anno dalla data dell'infortunio – con il limite di indennizzo pari al 50% del massimale assicurato;
- acquisto di lenti - comprese quelle a contatto - e relativa montatura, necessitato da un danno oculare o comunque da infortunio indennizzabile, purché sostenute entro 1 anno dalla data dell'infortunio e con il limite di indennizzo pari al 50% del massimale assicurato;
- trasporto dell'Assicurato dal luogo dell'infortunio a un qualsiasi Istituto di cura.

La Società effettua il pagamento di quanto dovuto a cura ultimata, su presentazione in originale delle relative notule e/o ricevute di pagamento debitamente quietanzate.

2.16 Indennità di ricovero a seguito di infortunio (se assicurata)

Se l'infortunio ha per conseguenza un ricovero in Istituto di cura, la Società corrisponde l'indennità giornaliera prevista in polizza per un periodo massimo di 180 giorni, su presentazione di cartella clinica.

Qualora venga applicata una gessatura, l'indennità giornaliera prevista viene corrisposta, sino alla rimozione del mezzo di contenzione, anche per il periodo trascorso fuori dell'Istituto, per un massimo di 180 giorni oltre il periodo di ricovero.

2.17 Cumulo di indennità

L'indennità per il caso di morte non è cumulabile con quella per invalidità permanente.

Se dopo il pagamento di un'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 designati o, in difetto, agli eredi, la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore e non chiede il rimborso nel caso contrario.

2.18 Controversie

In caso di divergenza sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni o sul grado di invalidità permanente, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità, le parti si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere se ed in quale misura siano dovuti i rimborsi o le indennità, a norma e nei limiti delle norme 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. Il Collegio Medico risiede ove ha sede il Contraente.

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

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

Le decisioni del Collegio 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.

E' data facoltà al Collegio Medico di rinviare l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente, ove ne riscontri l'opportunità, a un termine, entro 2 anni, da fissarsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto stabilire una provvisoria sull'indennizzo totale non inferiore alla percentuale di invalidità permanente non in discussione.

2.19 Rinuncia alla rivalsa

La Società rinuncia ad ogni azione di rivalsa per le somme pagate, lasciando così integri i diritti dell'Assicurato, o dei suoi aventi causa, nei confronti dei responsabili dell'infortunio.

2.20 Responsabilità del Contraente

Poiché la presente assicurazione è stata stipulata dal Contraente anche nel proprio interesse quale possibile responsabile del sinistro, si conviene che qualora l'infortunato o, in caso di morte, i beneficiari, non accettino, a completa tacitazione per l'infortunio, l'indennizzo dovuto ai sensi della presente polizza ed avanzino verso il Contraente maggiori pretese a titolo di responsabilità civile, detto indennizzo viene accantonato nella sua totalità, per essere computato nel risarcimento che il Contraente fosse tenuto a corrispondere per sentenza o transazione.

Qualora l'infortunato o gli anzidetti beneficiari recedano dall'azione di responsabilità civile, o rimangano in essa soccombenti, l'indennizzo accantonato viene agli stessi pagato sotto deduzione, a favore del Contraente, delle spese di causa sostenute dal Contraente stesso.

Le disposizioni contenute nel presente articolo potranno non applicarsi su espressa richiesta scritta del Contraente.

2.21 Assicurazione presso diversi assicuratori

L'Assicurato e il Contraente sono esonerati dalla comunicazione preventiva alla Società dell'esistenza o della successiva stipulazione di altre assicurazioni per gli stessi rischi assicurati con la presente assicurazione, sia stipulate dal Contraente stesso sia dai singoli Assicurati.

In caso di sinistro l'Assicurato e il Contraente devono però comunicare l'esistenza di eventuali altre coperture per i medesimi rischi, dando comunicazione del sinistro a tutti gli Assicuratori indicando a ciascuno il nome degli altri.

Resta convenuto che in caso di sinistro non si darà luogo all'applicazione del disposto dell'art. 1910 del Codice Civile per tutte quelle garanzie che non rappresentino un rimborso di spese sostenute. In ogni altro caso la Società provvederà a liquidare l'indennizzo secondo le condizioni tutte della presente polizza, fermo il diritto di regresso nei confronti degli altri Assicuratori ai sensi dell'art. 1910, 4° comma, del Codice Civile.

2.22 Esonero denuncia condizioni degli Assicurati

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le malattie sofferte, nonché le mutilazioni ed i difetti fisici da cui gli assicurati fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire.

2.23 Esonero denuncia generalità degli Assicurati

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le generalità delle persone assicurate. Per l'identificazione di tali persone si farà riferimento alla documentazione amministrativa tenuta dal Contraente.

2.24 Limite catastrofale

Nel caso di infortunio che colpisca contemporaneamente più persone assicurate, in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà comunque superare l'importo di euro 5.000.000,00.

Qualora le indennità liquidabili ai sensi di polizza eccedessero nel loro complesso tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

Capitolato speciale dell'assicurazione Infortuni cumulativa

3.0 NORME PARTICOLARI

(operanti solo se espressamente richiamate alle singole sezioni della Scheda tecnica)

3.1 Delimitazione dell'assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni sofferti dall'Assicurato nell'esercizio delle attività e/o nell'espletamento delle funzioni cui si riferisce la rispettiva Sezione della Scheda Tecnica di polizza, al punto "Ambito di validità dell'assicurazione".

3.2 Rischio in itinere

L'assicurazione è estesa agli infortuni subiti dall'Assicurato mentre compie il tragitto per recarsi dal luogo di abitazione, anche temporanea, al luogo di svolgimento dell'attività, del mandato o dell'incarico, e viceversa.

3.3 Elevazione dell'indennità assicurata in caso di morte da atti violenti

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

3.4 Estensione alle aggressioni al di fuori dell'orario di svolgimento dell'attività

L'assicurazione è operante anche per gli infortuni subiti dagli assicurati in seguito ad aggressioni o atti violenti che abbiano movente politico, sociale o sindacale ovvero connesso con la funzione svolta per conto del Contraente, anche fuori dall'orario di lavoro e/o fuori dai luoghi di svolgimento di mandati o di incarichi, sempre che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva.

3.5 Deroga ai limiti di età

A parziale deroga delle norme che regolano l'assicurazione il limite di età delle persone assicurate deve intendersi elevato a 90 anni.

3.6 Danni estetici

In caso di infortunio che abbia cagionato un danno di carattere estetico, la Società rimborserà, fino ad un massimo di euro 5.000,00 per evento, le spese sostenute dall'Assicurato per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico, comprese le spese per interventi di chirurgia plastica ed estetica.

3.7 Franchigia per il caso di invalidità permanente

Relativamente alla garanzia per invalidità permanente si conviene che l'indennizzo previsto dalla presente assicurazione verrà riconosciuto agli Assicurati senza applicazione di alcuna franchigia fino a euro 250.000,00 di indennità assicurata. Sulla somma assicurata eccedente i 250.000 euro si applicherà una franchigia assoluta del 5% e qualora l'invalidità accertata risulti superiore al 5% l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte che eccede detta percentuale.

Resta salvo quanto previsto alla norma **3.8 Malattie contratte in servizio e per cause di servizio** nonché quanto di seguito indicato.

Limitatamente agli Assicurati di età:

- superiore a 80 anni, non si farà luogo a indennizzo quando l'invalidità permanente accertata sia di grado non superiore al 3% dell'invalidità totale. Qualora l'invalidità accertata risulti superiore al 3%, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte che eccede detta percentuale;
- superiore a 85 anni, non si farà luogo a indennizzo quando l'invalidità permanente accertata sia di grado non superiore al 5% dell'invalidità totale. Qualora l'invalidità accertata risulti superiore al 5%, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte che eccede detta percentuale.

Nel caso di infortunio da cui derivi all'Assicurato un'invalidità permanente di grado pari o superiore al 20% dell'invalidità totale, la Società liquiderà l'indennizzo senza deduzione di alcuna franchigia.

3.8 Malattie contratte in servizio e per cause di servizio

L'assicurazione viene estesa alle malattie contratte in servizio e per causa di servizio, che abbiano per conseguenza la morte o un'invalidità permanente e che siano insorte nel corso di validità del presente contratto.

Non si darà luogo a indennizzo per invalidità permanente da malattia contratta in servizio e per causa di servizio quando questa sia di grado pari o inferiore al 15% della invalidità permanente totale. Viceversa, qualora l'invalidità permanente risulti superiore al 15% dell'invalidità permanente totale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente l'anzidetta percentuale. L'operatività della garanzia è subordinata alla condizione che la malattia insorga nel corso del rapporto assicurativo e si manifesti entro un anno dalla data di cessazione del rapporto stesso o, se anteriore, dalla data

Capitolato speciale dell'assicurazione Infortuni cumulativa

di cessazione del servizio. Sono escluse dalla garanzia le nevrosi, le malattie mentali, quelle tubercolari e le malattie che sono conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche.

3.9 Malattie tropicali

La garanzia è prestata per il rischio delle malattie tropicali da cui gli assicurati fossero colpiti durante il soggiorno in tutto il mondo, con l'intesa che per le malattie tropicali devono intendersi quelle contemplate nel R.D. 07.02.38 n. 281 e successive modifiche ed integrazioni.

La validità della garanzia per le malattie tropicali è subordinata al fatto che gli assicurati si trovino in perfette condizioni di salute o che si siano sottoposti alle prescritte pratiche di profilassi richieste dalle autorità sanitarie dei paesi ove si recano.

3.10 Spese di rimpatrio

La garanzia viene estesa alle spese di rimpatrio che le persone assicurate (o il Contraente per esse) dovessero sostenere a seguito di infortunio grave occorso all'estero, nonché al rimborso delle spese sostenute in caso di decesso per il rimpatrio della salma.

Per tale estensione di garanzia è previsto un limite di euro 5.000,00 per Assicurato.

3.11 Regolazione del premio

Il premio viene anticipato dal Contraente in via provvisoria, sulla base dei parametri variabili e dei rispettivi importi unitari indicati nelle singole schede tecniche quali elementi per il conteggio del premio.

Il detto premio viene definito al termine di ciascun periodo assicurativo annuo sulla scorta delle differenze registrate a consuntivo negli anzidetti parametri. A tal fine:

a) Comunicazione dei dati e pagamento della differenza di premio

Entro 120 giorni dal termine di ciascun periodo assicurativo annuo, il Contraente è tenuto a comunicare per iscritto alla Società il dato consuntivo dei parametri variabili considerati per il conteggio del premio.

Ai fini del conteggio del premio definitivo, le differenze attive o passive risultanti dalla regolazione vengono computate convenzionalmente nella misura del 50% - salvo diversa pattuizione risultante nelle singole sezioni della Scheda Tecnica - e devono essere pagate dalla parte debitrice nei 90 giorni successivi alla data di ricevimento della relativa appendice da parte del Contraente.

Fermo, se previsto, l'eventuale premio minimo per ciascun periodo assicurativo annuo, il rimborso dovuto - in caso di regolazione passiva - verrà pagato dalla Società al netto delle imposte.

b) Inosservanza degli obblighi di comunicazione dei dati e del pagamento dell'eventuale premio di conguaglio

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti o il pagamento della differenza attiva eventualmente dovuta, la Società dovrà fissargli un ulteriore termine non inferiore ai 30 giorni.

In caso di ritardata comunicazione dei dati di regolazione o di ritardato pagamento del premio di conguaglio, gli eventuali sinistri potranno essere indennizzati nella stessa proporzione esistente tra il premio versato a deposito e l'intero premio dovuto (premio a deposito più conguaglio)

Qualora all'atto della regolazione annuale, il consuntivo degli elementi variabili di rischio superi il doppio di quanto preso come base per la determinazione del premio dovuto in via anticipata, quest'ultimo verrà rettificato, a partire dalla prima scadenza annua successiva alla comunicazione, sulla base di un'adeguata rivalutazione del preventivo degli elementi variabili il cui nuovo importo sarà definito in misura non inferiore al 75% di quello dell'ultimo consuntivo.

SCHEDA TECNICA

Contraente: **COMUNE DI COLORNO (Prov. PR)**
Via Cavour , 9 – CAP 43052 - P. IVA 0022618034

durata del contratto: **anni 3 , con**
effetto dal: **31/12/2020**
scadenza il: **31/12/2023** con eventuale ripetizione per un periodo massimo di **anni 2**
scadenza prima rata il: **31/12/2021**

L'assicurazione è operante in favore degli Assicurati e con riferimento agli ambiti meglio precisati alle singole Sezioni, per le indennità assicurate e dietro corresponsione dei premi rispettivamente indicati in ciascuna di esse come sotto riepilogati:

- ☐ **Sezione A – Amministratori** euro _____
- ☐ **Sezione B – Dipendenti alla guida di mezzi di trasporto per servizio** euro _____
- ☐ **Sezione C – Iscritti a Servizi per l'Infanzia** euro _____
- ☐ **Sezione D – Volontari occupati in attività di pubblica utilità** euro _____

premio annuo lordo anticipato complessivo **euro** _____

Assicurati

Gli Amministratori del Contraente (Sindaco, Assessori e Consiglieri).

Ambito di validità dell'assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni sofferti dagli Assicurati durante lo svolgimento di qualsiasi attività, anche di rappresentanza, inerente l'esercizio del rispettivo mandato per conto del Contraente, anche in occasione di viaggi, trasferte e trasferimenti - compreso il rischio in itinere - effettuati da o verso la sede in cui è previsto lo svolgimento dell'attività connessa all'espletamento delle rispettive funzioni e compiti d'ufficio.

La presente assicurazione è operante anche durante l'espletamento di incarichi e/o servizi di Protezione Civile svolti per Conto del Contraente.

Indennità assicurate pro capite

- **euro 250.000,00** in caso di morte;
- **euro 250.000,00** in caso di invalidità permanente;
- **euro 5.000,00** in caso di spese sanitarie da infortunio

Condizioni particolari operanti

- 3.1 Delimitazione dell'assicurazione
- 3.2 Rischio in itinere
- 3.3 Elevazione dell'indennità assicurata in caso di morte da atti violenti
- 3.4 Estensione alle aggressioni al di fuori dell'orario e dell'ambito di svolgimento dell'attività
- 3.5 Deroga ai limiti di età
- 3.6 Danni estetici
- 3.7 Franchigia per il caso di invalidità permanente
- 3.8 Malattie contratte in servizio e per cause di servizio
- 3.9 Malattie tropicali
- 3.10 Spese di rimpatrio
- 3.11 Regolazione del premio

Elementi per il conteggio del premio lordo della presente sezione

Il premio annuo lordo è determinato in base a:

- **n. 13** Amministratori preventivati
- **euro _____** per Assicurato

e viene pertanto corrisposto in via anticipata nell'importo di **euro _____**, soggetto a regolazione a consuntivo.

Sezione B – Dipendenti alla guida di mezzi di trasporto per servizio

Assicurati

Il Segretario e i dipendenti del Contraente nonché - limitatamente alla guida di mezzi di trasporto di proprietà del Contraente - ogni altro conducente anche occasionale sempre che l'utilizzo non avvenga contro la volontà del Contraente.

Ambito di validità dell'assicurazione

Premesso che, convenzionalmente, deve intendersi mezzo di trasporto di proprietà del Contraente anche ogni mezzo di trasporto che il Contraente detenga in locazione o in comodato ovvero abbia nella sua disponibilità esclusiva e che nei mezzi trasporto si intendono compresi ciclomotori e biciclette ed esclusi, viceversa, macchine operatrici ed agricole, l'assicurazione vale:

- a. per gli infortuni sofferti dagli Assicurati in qualità di conducenti dei mezzi di trasporto di proprietà del Contraente;
- b. per gli infortuni sofferti dagli Assicurati alla guida dei mezzi di trasporto dagli stessi utilizzati per missioni e adempimenti di servizio per conto del Contraente, compreso il rischio in itinere quando sia richiesto o di maggiore convenienza per il Contraente il compimento del tragitto dalla o per la dimora del dipendente al o dal luogo di destinazione per la missione o l'adempimento di servizio.

Sono compresi gli infortuni sofferti dagli Assicurati salendo o scendendo sui/dai mezzi di trasporto menzionati e durante le operazioni necessarie, in caso di fermata, a riprendere la marcia.

La presente assicurazione è operante anche durante l'espletamento di incarichi e/o servizi di Protezione Civile svolti per conto del Contraente.

Per l'identificazione degli Assicurati e dei mezzi di trasporto per il cui utilizzo è prestata l'assicurazione, farà fede la documentazione amministrativa del Contraente od ogni altra evidenza probatoria.

In caso di sinistro, con l'eccezione degli infortuni sofferti alla guida di mezzi di trasporto di proprietà del Contraente, questi è tenuto a produrre specifica dichiarazione attestante che l'infortunio dell'Assicurato è occorso durante l'utilizzo del mezzo di trasporto per ragioni di servizio.

Indennità assicurate pro capite

- euro 250.000,00 in caso di morte;
- euro 250.000,00 in caso di invalidità permanente;
- euro 5.000,00 in caso di spese sanitarie da infortunio

Condizioni particolari operanti

- 3.1 Delimitazione dell'assicurazione
- 3.6 Danni estetici
- 3.7 Franchigia per il caso di invalidità permanente
- 3.8 Malattie contratte in servizio e per cause di servizio

Elementi per il conteggio del premio lordo della presente sezione

Il premio annuo lordo viene determinato in base ad un numero convenzionale di **20 Assicurati**, in ragione dell'intero rischio e non soggetto a regolazione premio.

- n. 20 persone assicurate
- euro _____ per Assicurato

e viene pertanto corrisposto nell'importo di euro _____, non soggetto a regolazione a consuntivo.

Assicurati

- a. I minori iscritti agli asili nido e alle scuole d'infanzia comunali, sia gestiti direttamente, sia gestiti da terzi, in appalto o convenzione;
- b. gli alunni utenti dei servizi pre e post scolastici a domanda individuale (ingresso anticipato, prolungamento orario, ecc.) la cui prestazione, anche in scuole non comunali, compete al Contraente, con personale proprio o di terzi;
- c. gli alunni delle scuole elementari che effettuano il percorso a piedi nel tragitto casa scuola e viceversa, accompagnati da volontari autorizzati dal Contraente nell'ambito dell'iniziativa c.d. "PEDIBUS";
- d. gli iscritti ai Centri Estivi (in seguito denominati "strutture ricreative"), organizzati dal Contraente - gestiti direttamente o affidati in gestione a terzi - anche in concorso con altri Enti, nonché gli animatori autorizzati che prestano servizio nelle nominate "strutture ricreative". Per la identificazione delle persone assicurate faranno fede gli appositi registri, od altri documenti equipollenti, attestanti l'iscrizione alle attività per le quali è prestata la copertura assicurativa e, relativamente agli animatori, la documentazione comprovante l'incarico.

Ambito di validità dell'assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni sofferti dagli Assicurati indicati alla lettera:

- a. nel tempo in cui sono affidati alle strutture scolastiche e per l'infanzia durante lo svolgimento di tutte le attività didattiche, culturali, ludico - ricreative, motorie o comunque inerenti ai menzionati servizi per l'infanzia, svolte in qualsiasi periodo dell'anno, purché promosse od autorizzate dai competenti servizi scolastici, compresi gli infortuni sofferti durante il compimento del percorso, con qualsiasi mezzo ed anche a piedi, dal domicilio dell'Assicurato alle sedi delle attività (rischio in itinere) nonché durante lo svolgimento di gite ed escursioni autorizzate, quando il trasporto o il trasferimento avvenga a cura del personale e/o con mezzi del Contraente o autorizzati dal medesimo;
- b. nello svolgimento di qualsiasi attività e per tutto il tempo in cui - nelle strutture in cui sono prestati i servizi o all'esterno delle stesse - siano affidati a personale del Contraente o da questi incaricato di prestare i servizi;
- c. durante il compimento del tragitto a piedi, secondo il percorso programmato del "PEDIBUS", per recarsi a scuola e fare ritorno a casa, con l'accompagnamento dei volontari preposti allo svolgimento della richiamata iniziativa;
- d. nel tempo in cui si trovano nell'ambito delle "strutture ricreative", affidati al relativo personale incaricato nonché durante lo svolgimento di attività ricreative, culturali e sportive, anche all'esterno delle "strutture ricreative", comprese gite ed escursioni - compresi eventuali pernottamenti - effettuate a piedi o con qualsiasi mezzo, purché collettivamente e con personale delle "strutture ricreative" od autorizzato dal Contraente. Sono pertanto compresi in garanzia i trasferimenti dalle sedi delle "strutture ricreative" alle sedi delle attività svolte all'esterno e viceversa. Relativamente ai soggiorni estivi l'assicurazione vale anche durante i trasferimenti collettivi dal luogo stabilito per la partenza fino alla struttura di destinazione e viceversa per il rientro a soggiorno terminato.

Indennità assicurate pro capite

- euro 100.000,00 in caso di morte;
- euro 150.000,00 in caso di invalidità permanente;
- euro 5.000,00 per spese sanitarie da Infortunio

Condizioni particolari operanti

- 3.1 Delimitazione dell'assicurazione
- 3.2 Rischio in itinere
- 3.6 Danni estetici
- 3.7 Franchigia per il caso di invalidità permanente
- 3.11 Regolazione del premio

Elementi per il conteggio del premio lordo della presente sezione

Il premio annuo lordo viene determinato in relazione al numero complessivo degli Assicurati e viene anticipato in base ai seguenti parametri:

- n. 23 minori preventivati
- euro _____ per Assicurato

e viene pertanto corrisposto in via anticipata nell'importo di euro _____, soggetto a regolazione a consuntivo.

Assicurati:

I volontari che prestano la loro opera non retribuita per conto e su autorizzazione o tramite l'organizzazione del Contraente, per lo svolgimento di attività e lavori di pubblica utilità o di interesse collettivo.

Si intendono equiparati ai volontari:

- i soggetti che per disposizione del Tribunale competente vengono inviati presso il Contraente o sue strutture, a svolgere attività di pubblica utilità quale misura sostitutiva della pena;
- tutti quei soggetti che per effetto di progetti o regolamenti vengono incaricati dal Comune allo svolgimento di attività di pubblico interesse aventi finalità di autonomia e reintegro sociale attraverso l'erogazione di un contributo economico;
- i soggetti che svolgono attività o lavori socialmente utili nell'ambito delle iniziative riconducibili al c.d. "baratto amministrativo" come definito dalle norme vigenti.

Ambito di validità dell'assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni sofferti dagli Assicurati nello svolgimento di attività e lavori di pubblica utilità quali, a titolo meramente esemplificativo e non esaustivo: impianto e manutenzione del verde pubblico, allestimento e smontaggio di strutture nonché gestione dei servizi per manifestazioni in genere organizzate o promosse dal Contraente, esecuzione di piccole manutenzioni di beni di interesse pubblico, anche con impiego di macchinari e attrezzature pertinenti all'attività svolta, attività di accompagnamento e sorveglianza in ausilio ai servizi scolastici, assistenza domiciliare e accompagnamento in ausilio ai servizi sociali e assistenziali, attività di assistente civico in ausilio alla polizia locale, gestione di isole ecologiche, attività ed iniziative di tutela e salvaguardia ambientale e del territorio, interventi ed assistenza in situazioni di emergenza in genere, comprese calamità naturali, nonché ogni altra attività prevista da convenzioni, contratti d'opera o altri specifici atti amministrativi del Contraente.

In relazione a progetti/convenzioni finalizzati al recupero/reinserimento di persone con problematiche di alcolismo o tossicodipendenza, l'assicurazione per tali persone - delle quali il Contraente si avvalga per attività di pubblica utilità - vale indipendentemente dalla sussistenza delle problematiche soggettive anzidette, a parziale deroga della norma 2.8 e ferma restando ogni altra previsione contrattuale.

Per il computo delle giornate di attività farà fede la documentazione relativa alle iniziative tenuta dai rispettivi servizi competenti del Contraente. Quest'ultimo, in caso di sinistro, è tenuto a produrre specifica dichiarazione attestante che l'infortunio sofferto dall'Assicurato si è verificato nello svolgimento delle attività per le quali è prestata l'assicurazione.

Indennità assicurate pro capite

- euro 100.000,00 in caso di morte;
- euro 150.000,00 in caso di invalidità permanente;
- euro 5.000,00 in caso di spese sanitarie da infortunio;

Condizioni particolari operanti

- 3.1 Delimitazione dell'assicurazione
- 3.2 Rischio in itinere
- 3.5 Deroga ai limiti di età
- 3.6 Danni estetici
- 3.7 Franchigia per il caso di invalidità permanente
- 3.8 Malattie contratte in servizio e per cause di servizio
- 3.11 Regolazione del premio

Elementi per il conteggio del premio lordo della presente sezione

Il premio annuo lordo viene determinato in relazione al numero complessivo degli Assicurati e viene anticipato in base ai seguenti parametri:

- n. 10 volontari preventivati
- euro _____ per ogni Assicurato

e viene pertanto corrisposto in via anticipata nell'importo di euro _____, soggetto a regolazione a consuntivo.

LA SOCIETÀ

DOCUMENTO FIRMATO DIGITALMENTE

IL CONTRAENTE