

**CAPITOLATO PER L'ASSICURAZIONE
INFORTUNI CUMULATIVA**

La presente polizza è stipulata tra il Contraente

Comune di Bologna
Piazza Liber Paradisus n.10
40129 BOLOGNA (BO)
C.F. 01232710374
CIG: 803037289B

e

Compagnia di Assicurazione

Durata del contratto

dalle ore 24.00 del	31.12.2019
alle ore 24.00 del	31.12.2021

Con scadenze dei periodi di assicurazione
successivi al primo fissati

alle ore 24.00 di	31.12
-------------------	--------------

SOMMARIO	
SEZIONE 1 DEFINIZIONI E IDENTIFICAZIONE DELL'ATTIVITA'	
Art.1	Definizioni
Art.2	Identificazione degli Assicurati
SEZIONE 2 NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE	
Art.1	Durata dell'assicurazione – Rinnovo – Proroga – Disdetta
Art.2	Pagamento del premio e delle appendici con incasso premio - decorrenza dell'assicurazione
Art.3	Pagamenti per variazioni con incasso premio
Art.4	Gestione della polizza - Clausola Broker
Art.5	Forma delle comunicazioni
Art.6	Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – Aggravamenti- diminuzioni del rischio– buona fede
Art.7	Foro competente
Art.8	Tracciabilità dei flussi finanziari
Art.9	Interpretazione della polizza
Art.10	Validità esclusiva delle norme dattiloscritte
Art.11	Oneri fiscali
Art.12	Rinvio alle norme di legge
Art.13	Tutela della Privacy - Trattamento dei dati
Art.14	Coassicurazione e delega
Art.15	Assicurazione presso diversi Assicuratori
Art.16	Recesso a seguito di sinistro
Art.17	Rendicontazione sinistri
Art.18	Regolazione del premio
Art.19	Titolarietà dei diritti nascenti dal contratto
Art.20	Modifiche dell'assicurazione
SEZIONE 3 RISCHI COPERTI	
Art.1	Oggetto dell'assicurazione
Art.2	Rimborso spese mediche e farmaceutiche
Art.3	Diaria di ricovero
Art.4	Malattie contratte in servizio e per cause di servizio
Art.5	Sieropositività
Art.6	Indennità aggiuntiva per gravi ricoveri
Art.7	Spese di pronto soccorso e/o trasporto a carattere sanitario
Art.8	Rientro sanitario
Art.9	Rimpatrio salma
Art.10	Danni estetici

Art.10 bis	Danni estetici permanenti
Art.11	Rischio aeronautico
Art.12	Servizio militare
Art.13	Rischio guerra
Art.14	Responsabilità civile del Contraente
Art.15	Ernie e lesioni da sforzo
Art.16	Limiti Territoriali
SEZIONE 4 ESCLUSIONI	
Art.1	Esclusioni
SEZIONE 5 GESTIONE DEI SINISTRI	
Art.1	Criteri di indennizzabilità
Art.2	Valutazione del danno - Controversie
Art.3	Liquidazione dell'indennizzo
Art.4	Rinuncia all'azione di surroga
Art.5	Anticipi indennizzi
Art.6	Denuncia di sinistro e relativi obblighi
SEZIONE 6 LIMITI DI INDENNIZZO, FRANCHIGIE, CATEGORIE, GARANZIE E CAPITALI ASSICURATI, CALCOLO DEL PREMIO	
Art.1	Limiti di indennizzo e franchigie
Art.2	Categorie, garanzie e capitali assicurati
Art.3	Calcolo del premio e modalità di applicazione della regolazione del premio
Art.4	Riparto di coassicurazione
Art.5	Disposizione finale

SEZIONE 1	DEFINIZIONI
------------------	--------------------

Art.1 - Definizioni

Assicurazione :	Il contratto di assicurazione
Polizza :	Il documento che prova e regola l'assicurazione
Contraente :	Il soggetto che stipula l'assicurazione – in nome proprio e nell'interesse di chi spetta- riportato nel frontespizio della presente polizza, ovvero il Comune di Bologna.
Assicurato :	Il Comune di Bologna ed il soggetto (persona fisica o giuridica) il cui interesse è protetto dalla Assicurazione
Beneficiario :	In caso di morte gli eredi legittimi o testamentari, in tutti gli altri casi l'assicurato stesso.
Ente :	L'Amministrazione Comunale e/o altre Amministrazioni
Società :	L'impresa assicuratrice nonché le coassicuratrici;
Broker :	L'Impresa di Brokeraggio assicurativo alla quale, per incarico conferito dal Contraente, è affidata la gestione dell'assicurazione
Premio :	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
Rischio :	La probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.
Sinistro :	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione
Indennizzo :	La somma dovuta dalla Società, in caso di sinistro, all'Assicurato e/o agli aventi diritto.
Franchigia :	La parte di danno espressa in misura fissa che l'Assicurato tiene a suo carico.
Scoperto :	La parte di danno espressa in misura percentuale che l'Assicurato tiene a suo carico.
Annualità assicurativa o periodo assicurativo :	Il periodo pari o inferiore a 12 mesi compreso tra la data di effetto e la data di scadenza dell'assicurazione.
Infortunio :	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.
Malattia	Ogni alterazione a carattere evolutivo dello stato di salute non dipendente da infortunio.
Morte presunta	Il mancato ritrovamento del corpo dell'Assicurato entro un anno dal verificarsi di un infortunio, deve intendersi parificata al caso di morte e parimenti indennizzata
Invalità permanente :	La diminuita capacità o la perdita definitiva ed irrimediabile della capacità generica dell'Assicurato di svolgere una generica e normale attività od un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato.
Inabilità temporanea :	La perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità generica dell'Assicurato di svolgere una generica e normale attività od un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla specifica professione esercitata

	dall'Assicurato.
Istituto di cura:	L'ospedale pubblico, la clinica, la casa di cura sia accreditati presso il Servizio Sanitario Nazionale che privati, legalmente riconosciuti e regolarmente autorizzati al ricovero dei malati, nonché qualsiasi altro istituto e/o struttura per convalescenza o per lunga degenza, dotato di attrezzature per il pernottamento di pazienti e per la terapia di eventi morbosi o lesivi, autorizzato all'erogazione di assistenza socio-sanitaria e/o ospedaliera.
Ricovero:	La degenza in Istituto di cura che comporti almeno un pernottamento.
Massimale/Somma/capitale per sinistro	La massima esposizione economica della Società per sinistro.
Limite di risarcimento	La massima esposizione economica della Società in caso sinistro che coinvolga più persone assicurate.
Sforzo	L'impiego di energie muscolari, concentrate nel tempo, che esulano per intensità dalle ordinarie abitudini di vita dell'Assicurato
Comunicazione	Per comunicazioni alla Società o al Broker si intendono tutte le comunicazioni e/o dichiarazioni in merito al contenuto del presente contratto e, per quanto da esso non regolato, effettuate per lettera raccomandata, alla quale sono parificati telex, telegrammi, PEC, telefax, e-mail o altri mezzi documentabili. Resta inteso che avrà valore la data di invio risultante dai documenti provanti l'avvenuta comunicazione
Atti di terrorismo	Una qualsiasi azione violenta fatta con il supporto dell'organizzazione di uno o più gruppi di persone (anche se realizzata da una persona singola) diretta ad influenzare qualsiasi governo e/o terrorizzare l'intera popolazione o una parte importante di essa, allo scopo di raggiungere un fine politico, o religioso, o ideologico o etnico.
Rischio in itinere	I trasferimenti effettuati, con qualsiasi mezzo di locomozione ed anche a piedi, dall'Assicurato, tra la propria abitazione, anche se occasionale, ed il normale luogo di lavoro e/o abituale destinazione, e/o scuola, sia all'andata che al ritorno, oppure qualsiasi altro luogo ove l'Assicurato si rechi a svolgere la propria mansione e/o occupazione assicurata e/o attività. La garanzia si intende operante anche durante le operazioni di salita e discesa dai mezzi di trasporto, nonché, nei termini di cui sopra, durante il tragitto da e per qualsiasi luogo in cui l'Assicurato si debba recare e/o si sia recato in virtù del proprio stato di "reperibilità" professionale.

Art.2 – Identificazione degli Assicurati

La presente polizza viene stipulata per tutte le categorie, riportate alla Sezione 6 della presente polizza, per le quali il Contraente ha l'obbligo od interesse ad attivare la copertura assicurativa e vale per gli

infortuni subiti dagli Assicurati in occasione della partecipazione all'attività della Contraente o nello svolgimento delle mansioni e/o attività dichiarate dal Contraente stesso.

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

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

La presente polizza si intende operante per infortuni occorsi nel mondo intero.

Gli eventuali indennizzi verranno corrisposti solo in Italia in Euro (€).

SEZIONE 2

NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

Art.1 – Durata dell'assicurazione –Proroga – Disdetta

Il contratto ha la durata indicata in frontespizio e cesserà irrevocabilmente alla scadenza del detto periodo senza obbligo di disdetta.

E' facoltà del Contraente richiedere alla Società la proroga della presente assicurazione, fino al completo espletamento delle procedure di aggiudicazione della nuova assicurazione.

La Società si impegna sin d'ora a prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche in vigore, per 6 mesi, decorrenti dalla scadenza. Per tale periodo di proroga alla Società spetterà una quota premio che non potrà essere superiore a 6/12mi del premio annuale. Per il pagamento del relativo premio è operante il termine di rispetto contrattualmente previsto per il pagamento delle rate di premio.

L'Amministrazione, a seguito di intervenuta disponibilità di convenzioni CONSIP o accordi quadro resi disponibili da centrali di committenza (art. 1, comma 13, DL 95/2012 convertito in Legge 135/2012 e ss.mm. e ii.), si riserva di recedere dal contratto qualora accerti condizioni più vantaggiose rispetto a quelle praticate dall'affidatario, nel caso in cui la Società non sia disposta ad una revisione del prezzo in conformità a dette iniziative. Il recesso diverrà operativo previo invio di apposita comunicazione, e fissando un preavviso non inferiore ai 15 giorni. In caso di recesso verranno pagate al fornitore le prestazioni già eseguite ed il 10% di quelle non ancora eseguite.

Art.2 - Pagamento del Premio e delle appendici con incasso premio - decorrenza dell'Assicurazione

L'assicurazione decorre dalle ore 24:00 del giorno indicato in polizza anche se il pagamento del premio potrà essere effettuato dal Contraente e Assicurati aggiuntivi entro 90 giorni successivi al medesimo.

Se il Contraente non paga il premio o la rata di premio successiva entro tali termini, l'assicurazione resta sospesa, dalle ore 24:00 dell'ultimo giorno utile per il pagamento del premio, e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.

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

l'Assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuata dal Contraente ai sensi del Decreto del Ministero dell'Economia e Finanze del 18 gennaio 2008 n° 40 e della Circolare del medesimo Dicastero n.22 del 29/07/2008, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'art. 3 del Decreto;

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

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

verifiche e controlli eccedessero temporalmente rispetto ai termini di mora previsti nel presente articolo in relazione al pagamento della prima rata.

Art.3 - Pagamenti per variazioni con incasso di Premio

Anche le eventuali variazioni comportanti un incasso di premio potranno essere pagate entro 90 giorni dalla data di ricezione, da parte del Contraente, del relativo documento correttamente emesso dalla Società.

Anche per questi casi resta convenuto che si applicano tutte le condizioni e le modalità di pagamento previste al precedente art. “Pagamento del premio e decorrenza dell’assicurazione”, restando altresì inteso che l’assicurazione decorre, con copertura immediata, dalle ore 24:00 del giorno indicato nel documento di variazione.

Art.4 Gestione della polizza - Clausola Broker

L’Assicurato dichiara di aver affidato la gestione della presente polizza alla Società Aon SpA in qualità di Broker, ai sensi del D.lgs n. 209/05 e ss.mm.ii.

L’Assicurato e la Società si danno reciprocamente atto che ogni comunicazione inerente l’esecuzione della presente Assicurazione avverrà anche per il tramite del Broker incaricato.

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

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

La remunerazione del Broker è a carico della Società nella misura del 2% sul premio imponibile. Tale remunerazione sarà trattenuta all’atto del pagamento del premio, effettuato dallo stesso Broker, alla Società.

Resta inteso tra le Parti che ad Aon SpA, Società aggiudicataria dalla gara Broker indetta dal Contraente è affidata la gestione e l’esecuzione della presente Polizza.

Le comunicazioni a cui le parti sono tenute potranno essere fatte anche per il tramite del Broker ed in tal caso si intenderanno come fatte dall’una all’altra parte, anche ai fini dell’Articolo 1913 del Codice Civile.

Art.5 - Forma delle comunicazioni

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

Art.6 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – Aggravamenti-Diminuzioni del rischio – Buona fede

Le mancate e/o inesatte e/o reticenti dichiarazioni del Contraente e/o dell'Assicurato all'atto della stipulazione della polizza o durante il corso della stessa, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio e/o a eventuali successivi aggravamenti, non comporteranno decadenza dal diritto all'indennizzo, né riduzione dello stesso, né cessazione dell'assicurazione di cui agli Artt. 1892,1893,1894 e 1898 del C.C., sempre che il contraente 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.

Nel caso di diminuzione del rischio, la Società è tenuta a ridurre proporzionalmente il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente, ai sensi dell'art. 1897 C.C., e rinuncia al relativo diritto di recesso. Si conviene, altresì, che nei casi di diminuzione di rischio la riduzione del premio sarà immediata e la Società corrisponderà la relativa quota di premio pagata e non goduta, escluse le imposte, entro 60 giorni dalla comunicazione.

Art.7 - Foro competente

Per le controversie riguardanti l'applicazione e l'esecuzione della presente Assicurazione, è competente, a scelta del Contraente, il Foro ove ha sede lo stesso oppure l'Assicurato, fatto salvo quanto previsto dal D.Lgs 28/2010 ss.mm. e ii.. Per le controversie riguardanti l'esecuzione dell'Assicurazione è competente l'autorità giudiziaria del luogo ove ha sede il Contraente, fatto salvo quanto previsto dal D.Lgs 28/2010 ss.mm.ii..

Art. 8- Tracciabilità dei flussi finanziari

La Società è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi previsti dall'art. 3 della legge n. 136/2010 ss.mm. e ii. al fine di assicurare la tracciabilità dei movimenti finanziari relativi all'Appalto.

Qualora la Società non assolva ai suddetti obblighi, il presente contratto si risolve di diritto ai sensi del comma 9 dell'art. 3 della legge 136/2010. La Società è tenuta al pieno rispetto di quanto previsto dall'Art. 3 della Legge 136/2010 e ss.mm. ii.

In tale caso la risoluzione del contratto non pregiudica comunque le garanzie relative ai sinistri verificatisi antecedentemente alla data di risoluzione di diritto, restando immutato il regolare iter liquidativo.

Art.9 - Interpretazione della polizza

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.

Art. 10 - Validità esclusiva delle norme dattiloscritte

Si intendono operanti solo le norme dattiloscritte. La firma apposta dalla Contraente su moduli a stampa vale solo quale presa d'atto del premio e della eventuale ripartizione del rischio tra le Società partecipanti alla Coassicurazione.

Art. 11 - Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'Assicurazione sono a carico della Contraente.

Art.12 - Rinvio alle norme di legge

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

Art. 13 – Tutela della Privacy - Trattamento dei dati

Ai sensi del Regolamento U.E. n. 679/2016 ss. mm. e ii., nonché del D.lgs. 30/06/2003 n. 196, laddove non in contrasto con il Regolamento, e del Garante per la Protezione dei Dati Personali 26.4.2007, si informa che i dati verranno trattati senza finalità eccedente l'oggetto della presente polizza e nel rispetto della riservatezza e segretezza delle persone fisiche e giuridiche.

Art.14 - Coassicurazione e delega

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

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

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

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

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

Art.15 - Assicurazione presso diversi Assicuratori

E' data facoltà al Contraente di non comunicare altre assicurazioni che avesse in corso o che stipulasse in futuro con altre imprese per gli stessi rischi assicurati con il presente contratto di assicurazione. Il presente contratto di assicurazione s'intende stipulato indipendentemente ed in aggiunta alle assicurazioni obbligatorie previste per gli infortuni sul lavoro dalle Leggi vigenti e da quelle eventuali future. Il Contraente è inoltre esonerato dal denunciare le assicurazioni a favore dei propri dipendenti a cui fosse tenuto per legge o per disposizioni aventi comunque carattere obbligatorio, delle quali la presente costituisce un complemento, pur essendo completamente separata ed indipendente.

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

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

Art.16 - Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo/risarcimento, la Società può recedere dall'assicurazione con preavviso di 6 (sei) mesi da darsi con lettera raccomandata o posta elettronica certificata (PEC), da inviarsi in firma digitale.

Anche l'Assicurato/Contraente può recedere dall'Assicurazione, con le stesse modalità sopraindicate, nel periodo intercorrente tra ogni denuncia di Sinistro ed il sessantesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'Indennizzo/risarcimento dovuto.

Il computo dei 6 mesi decorre dalla data di ricevimento della suddetta raccomandata da parte del ricevente. La Società, entro 30 (trenta) giorni dalla data d'efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta governativa, relativa al periodo di rischio non corso, conguagliata con quanto eventualmente dovuto dal Contraente per variazioni intervenute nel corso di validità della polizza.

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

In caso di risoluzione anticipata del contratto la Società si impegna a trasmettere al Contraente, contestualmente alla comunicazione di recesso, le informazioni utili sulla sinistrosità pregressa.

Art.17 – Rendicontazione sinistri

La Società, entro i 30 giorni successivi ad ogni scadenza semestrale 30.06 e 31.12 di ogni anno, si impegna a fornire al Contraente il dettaglio dei sinistri così suddiviso:

- a) sinistri denunciati (con indicazione della data dell'evento, del nominativo del danneggiato, della data della richiesta di risarcimento, della tipologia e descrizione dell'evento stesso, data di chiusura della pratica per liquidazione o altro motivo);
- b) sinistri riservati (con indicazione del numero e dell'importo a riserva);
- c) sinistri liquidati (con indicazione del numero e dell'importo liquidato);
- d) sinistri respinti e chiusi senza seguito (per quelli respinti mettendo a disposizione, se richiesto, le motivazioni scritte).

La documentazione di cui sopra dovrà essere fornita al Contraente mediante supporto informatico (file formato excel), utilizzabile ed editabile dal Contraente stesso.

Il monitoraggio deve essere fornito progressivamente, cioè in modo continuo ed aggiornato, dalla data d'accensione della copertura fino a quando non vi sia l'esaurimento di tutte indistintamente le pratiche; pertanto gli obblighi precedentemente descritti permangono anche successivamente alla definitiva scadenza del contratto, con le stesse modalità e tempistiche, a far tempo dalla data di cessazione della polizza, fino alla definizione di tutte le pratiche.

Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al Contraente di chiedere ed ottenere un aggiornamento con le modalità di cui sopra in date diverse da quelle indicate. In particolare, nel caso in cui la Società esercitasse la facoltà di recesso di cui all'art. "Recesso in caso di Sinistro", o recesso annuale (se operante) di cui all'art. "Durata dell'assicurazione, proroga, rinnovo, disdetta", la statistica dettagliata dei sinistri deve essere fornita in automatico dalla Società entro e non oltre 30 giorni di calendario dalla data in cui il recesso è stato inviato.

Le predette statistiche possono essere richieste anche successivamente alla scadenza della Polizza, fino alla definizione di tutte le pratiche.

La Società si impegna a trasmettere l'aggiornamento dei sinistri entro e non oltre 30 giorni di calendario dalla ricezione della richiesta inviata via fax o posta elettronica del Contraente e/o dal Broker.

Art.18 – Regolazione del premio

Il premio è convenuto in tutto o in parte in base ad elementi di rischio variabili e viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal/i conteggio/i esposto/i in polizza nell'apposita Sezione ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minor durata del contratto secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio. Il Contraente è pertanto esonerato dall'obbligo di comunicare le variazioni intervenute nel corso di ogni annualità assicurativa, e pertanto ogni persona rientrante nella relativa categoria assicurata deve ritenersi in garanzia a tutti gli effetti.

A tale scopo entro 4 mesi dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione il Contraente deve fornire per iscritto alla Società i dati necessari per il conteggio del premio consuntivo.

In caso di regolazione attiva il Contraente dovrà versare il relativo premio di conguaglio nei 90 giorni successivi al giorno di ricevimento da parte del Contraente della corretta appendice di regolazione emessa dalla Società.

In caso di regolazione passiva la Compagnia dovrà rimborsare il relativo premio netto di conguaglio non oltre i 90 giorni successivi al giorno di invio della corretta appendice di regolazione emessa dalla Società.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti od il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società deve fissargli, mediante atto formale di messa in mora, un ulteriore termine non inferiore a 30 giorni dandone comunicazione scritta, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto od a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo annuo per il quale non ha avuto luogo la regolazione od il pagamento della differenza attiva, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente.

In caso di mancata comunicazione dei dati di regolazione o di mancato pagamento del premio di conguaglio non dovuti a comportamento doloso del Contraente, gli eventuali sinistri potranno essere indennizzati nella stessa proporzione esistente tra il premio versato a deposito e l'intero premio dovuto (deposito più conguaglio).

In caso di contratto definitivamente scaduto, se il Contraente non adempie gli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società deve fissargli lo stesso termine di 30 giorni trascorso il quale, avrà diritto di agire giudizialmente.

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

Art.19 – Titolarità dei diritti nascenti dal contratto

La presente polizza è stipulata dal Contraente in nome proprio e/o nell'interesse di chi spetta.

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

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

Art.20 - Modifiche dell'assicurazione

Le eventuali modifiche della polizza debbono essere provate per iscritto.

SEZIONE 3	RISCHI COPERTI
------------------	-----------------------

Art.1 – Oggetto dell'assicurazione

E' compreso in garanzia, sempreché non esplicitamente escluso, ogni infortunio che gli Assicurati – con i capitali e garanzie indicati per ciascuna categoria di appartenenza per assicurato e per sinistro - subiscano nell'esercizio delle attività dichiarate dal Contraente.

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

Si ritengono invece automaticamente prestate per tutti gli Assicurati le garanzie di cui ai restanti articoli della presente Sezione per assicurato e per sinistro. E' considerata “morte” anche lo stato di “coma irreversibile” conseguente ad infortunio. Sono altresì considerati infortuni e/o compresi:

- l'asfissia non di origine morbosa, soffocamento da ingestione di solidi e/o liquidi;
- gli avvelenamenti o le intossicazioni conseguenti ad ingestione od assorbimento di sostanze, anche aventi origine traumatica;
- il contatto con acidi o corrosivi;
- la rottura sottocutanea del tendine di Achille;
- le affezioni, alterazioni patologiche conseguenti a calci e/o morsi di animali, rettili, nonché ustioni, punture di insetti, aracnidi, contatto con piante e/o vegetali in genere, nonché le infezioni (comprese quelle tetaniche), esclusa la malaria; sono comprese anche le affezioni, alterazioni, patologiche conseguenti a tutti i predetti casi.
- l'annegamento;
- l'assideramento ed il congelamento;
- la folgorazione e scariche elettriche in genere, anche conseguenti ad azione del fulmine;
- i colpi di sole o di calore o di freddo ed altre conseguenze termiche ed atmosferiche;
- le lesioni (esclusi gli infarti) determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico;
- gli infortuni derivanti da aggressioni o atti violenti in genere, nonché quelli per legittima difesa o per dovere di solidarietà umana;
- gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismi, attentati, sequestri, rapine, azioni di dirottamento o di pirateria a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- gli infortuni derivanti da malore ed incoscienza;
- gli infortuni riportati durante il servizio militare, la partecipazione a squadre antincendio, ad associazioni di volontariato e Protezione civile;
- le lesioni sofferte in conseguenza di comportamenti colposi degli assicurati e del Contraente ai sensi dell'art. 1900 del C.C. fatto salvo il caso di dolo del Contraente, nonché in stato di malore od incoscienza o conseguenti a colpi di sonno o vertigini;
- gli infortuni subiti durante i viaggi aerei (rischio volo);
- gli infortuni derivanti da imprudenza, imperizia e negligenza;
- gli infortuni derivanti dall'uso o guida di tutti i veicoli a motore e non, natanti, mezzi di trasporto, compresa la salita e la discesa dal veicolo e natante e mezzo di trasporto;
- gli infortuni causati da calamità e forze della natura compresi terremoto, maremoto, eruzione vulcanica, alluvioni, straripamenti, inondazioni, frane, allagamenti, neve, grandine, smottamenti, valanghe, slavine;
- gli infortuni causati da influenze termiche ed atmosferiche;

- per gli infortuni derivanti dalla pratica non professionale di qualsiasi sport ad eccezione di paracadutismo e sport aerei in genere;
- le conseguenze di operazioni chirurgiche o di trattamenti resi necessari da infortuni indennizzabili a termini della presente polizza;
- gli infortuni derivanti da abuso di alcolici, con l'esclusione di quelli subiti alla guida di veicoli e/o natanti in genere;
- ernie addominali da sforzo e strappi muscolari derivanti da sforzo;
- ernie traumatiche;
- la “morte presunta”.

Art.2 – Rimborso spese mediche e farmaceutiche (valida ove richiamata)

La Società garantisce fino alla concorrenza del massimale espresso per la singola categoria nell'apposita scheda della Sezione 6) per assicurato e per sinistro, il rimborso delle spese per: onorari dei medici, dei chirurghi e di ogni altro soggetto componente l'equipe operatoria, diritti di sala operatoria, materiale di intervento, interventi chirurgici anche ambulatoriali, rette di degenza in ospedali e istituti/case di cura, anche in regime di Day Hospital, analisi ed accertamenti medico-legali e diagnostici, radiologici, strumentali, esami di laboratorio, compresa l'artroscopia diagnostica ed operativa, terapie fisiche, apparecchi terapeutici ed endoprotesi, visite mediche, specialistiche, cure oculistiche, applicazione di apparecchi gessati, bendaggi, e docce di immobilizzazione, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici ortopedici sostitutivi di parti anatomiche, acustici, oculari e sanitari incluse carrozzelle ortopediche, nonché per cure odontoiatriche, odontotecniche e protesi dentarie, e le spese per cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), le spese farmaceutiche rese necessarie a seguito dell'infortunio.

E' altresì previsto il rimborso anche del “Ticket” eventualmente richiesto per le prestazioni fornite dal Servizio Sanitario Nazionale.

Inoltre, la Società – limitatamente ad ogni persona assicurata alla Categoria D - rimborsa le spese per l'acquisto di lenti (comprese lenti a contatto) e relativa montatura, rese necessarie da danno oculare o da un infortunio (compresi soggetti già portatori); tale garanzia è prestata sino alla concorrenza di € 600,00 per sinistro.

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.

Art.3 – Diaria di ricovero (valida ove richiamata)

La Società corrisponde, in caso di infortunio o malattia indennizzabile ai termini della presente polizza, l'indennità giornaliera per ogni giorno di degenza, effettuato in Istituti di Cura pubblici, accreditati o privati in Italia o all'estero. Al fine del computo dei giorni di degenza, il giorno di entrata e quello di uscita sono computati come un singolo giorno.

Art. 4 – Malattie contratte in servizio e per cause di servizio (valida per Volontari)

L'assicurazione viene estesa ai sensi delle Leggi in vigore anche alle malattie contratte in servizio e per cause di servizio che abbiano per conseguenza la morte e l'invalidità permanente. L'operatività della garanzia è subordinata alla condizione che la malattia insorga nel corso del rapporto assicurativo e si manifesti al massimo entro un anno dalla data di cessazione del rapporto stesso.

Sono escluse dalla garanzia le nevrosi, le malattie mentali, quelle tubercolari e quelle che sono conseguenza diretta o indiretta di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche.

Non si darà luogo ad indennizzo per l'invalidità permanente, causata da malattia contratta in servizio e per cause di servizio, quando questa sia di grado pari o inferiore al 15% della totale. Se invece essa risulterà superiore al 15% della totale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente.

Art. 5 – Sieropositività

Qualora all'Assicurato venga riscontrata positività al virus H.I.V., e tale positività sia conseguente ad un evento indennizzabile a termini della presente polizza e sia avvenuto durante il periodo di copertura della polizza stessa, la Società si impegna a liquidare, entro 90 giorni dalla data della certificazione, una indennità pari al 70% del capitale previsto per il caso di “invalidità permanente”.

Se, dopo il pagamento della predetta indennità, ma entro due anni dal giorno in cui è stata certificata la sieropositività ed in conseguenza di questa, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai Beneficiari 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.

Art.6 - Indennità aggiuntiva per gravi ricoveri

Se l'infortunio ha per conseguenza un ricovero in Istituto di Cura di durata superiore a 30 giorni, viene definito “grave ricovero”; in tale ipotesi verrà corrisposta un'indennità giornaliera pari ad € 50,00= a decorrere dal 31° giorno.

Nel caso di ricovero in reparto di rianimazione o di cura intensiva, e solo per il periodo di permanenza in detti reparti, l'indennità giornaliera di € 50,00= verrà corrisposta a partire dal primo giorno di degenza.

L'indennità di ricovero a seguito di infortunio viene corrisposta per un periodo massimo di 90 giorni e dietro presentazione delle cartelle cliniche.

Si precisa che la presente diaria cumula con la diaria da ricovero indicata all'Art. 3 che precede e richiamata all'interno delle categorie di assicurati.

Art.7 – Spese di pronto soccorso e/o trasporto a carattere sanitario

La Società rimborsa fino alla concorrenza di € 1.000,00 per sinistro le spese di pronto soccorso (anche se non consumate in Istituto di cura) e/o per il trasporto con qualsiasi mezzo ritenuto idoneo dal luogo dell'infortunio o malattia ad un Istituto di Cura attrezzato, il trasporto tra Istituti di Cura e dall'Istituto di Cura al domicilio e/o residenza dell'Assicurato a mezzo auto-ambulanza.

La presente garanzia vale altresì per le spese sostenute dall'Assicurato conseguenti a malattia contratta per ragioni di servizio solo nel caso venga contemporaneamente attivata la garanzia “Malattie contratte in servizio e per cause di servizio” di cui all'art. 6 della presente Sezione.

Art.8 – Rientro sanitario

La Società rimborsa, fino alla concorrenza di € 3.000,00 per sinistro le spese sostenute dall'Assicurato in caso di infortunio o malattia che lo colpisca nel corso di una missione o viaggio disposto dal Contraente per il proprio trasporto di rientro in Italia con qualsiasi mezzo ritenuto idoneo in istituto di cura attrezzato e/o alla propria residenza e/o domicilio. La presente garanzia è operante in tutto il mondo.

La presente garanzia vale altresì per le spese sostenute dall'Assicurato conseguenti a malattia contratta per ragioni di servizio solo nel caso venga contemporaneamente attivata la garanzia “Malattie contratte in servizio e per cause di servizio” di cui all'art. 6 della presente Sezione.

Art.9 – Rimpatrio salma (valido in Italia e all’Estero)

La Società rimborsa, fino alla concorrenza di €3.000,00 per sinistro, le spese sostenute per il rimpatrio della salma dell'Assicurato, in caso di decesso a seguito di infortunio o malattia che lo colpisca nel corso di una missione o viaggio disposto dal Contraente, fino al luogo di sepoltura. La presente garanzia è operante in tutto il mondo.

Art.10 – 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 indennizzo a titolo di invalidità permanente, la Società rimborserà comunque le spese documentate sostenute dall'Assicurato per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico, nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica, il tutto entro il limite di €10.000,00= per sinistro.

Art.10bis – Danni estetici permanenti

Se l’infortunio indennizzabile a termini di polizza ha per conseguenza danni estetici permanenti che si manifestino entro due anni dal giorno in cui l’infortunio è avvenuto, anche successivamente alla cessazione del rapporto assicurativo, la Compagnia corrisponderà un indennizzo secondo la sotto indicata tabella.

La valutazione tabellare del danno estetico (già detratta dell’eventuale franchigia) verrà sommata alla eventuale percentuale di invalidità permanente, se esistente, derivante dalle altre conseguenze indennizzabili dell’infortunio.

Tabella delle valutazioni del grado percentuale dei danni estetici permanenti:

-gravissima deformazione del viso	40%
-scotennamento completo	15%
-perdita di tutto il naso	30%
-perdita di un padiglione auricolare	11%
-perdita di un labbro	15%
-perdita di un emilabbro	10%
-perdita di ambedue le labbra	25%
-perdita di un occhio senza la possibilità di protesi estetica	10%
-perdita della mandibola	30%
-Paralisi totale del nervo facciale:	
a) monolaterale	12%
bilaterale	25%
-Esiti cicatriziali al volto:	
a) cicatrici lineari visibili a distanza di conversazione, per ogni 4 centimetri	3%
cicatrice a superficie estesa visibile distanza di conversazione, per ogni cmq.	1%
-Esiti cicatriziali al collo, al tronco ed agli arti:	
- cicatrici a superficie estesa ipertrofiche, discromiche o detraenti, visibili a distanza di conversazione:	
-fino a 20 cmq.	da 0% a 5%
-da 20 cmq. a 50 cmq.	da 5% a 10%
-oltre 50 cmq.	da 10% a 15%
perdita completa della mammella	15%
perdita di entrambe le mammelle	25%

Le cicatrici multiple o perdite di sostanza (parti molle e/o ossee) al volto, sono valutabili al massimo con le stese cifre percentuali previste per la “gravissima deformazione del viso”.

Nel caso di danni estetici permanenti plurimi l’indennizzo viene stabilito mediante l’addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola menomazione. In ogni caso la percentuale della invalidità permanente indennizzabile complessiva, ivi compresa quella derivante dalle altre conseguenze dell’infortunio, non potrà superare il valore massimo del 100%.

Art.11 – Rischio aeronautico

L'assicurazione comprende gli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei effettuati in qualità di passeggero su velivoli ed elicotteri eserciti da società di traffico regolare e non regolare, di trasporto e domanda (Aerotaxi), di Autorità civili e militari in occasione di traffico civile, di ditte e privati per attività turistica e di trasferimento, nonché di velivoli ed elicotteri di società di lavoro aereo esclusivamente durante il trasporto pubblico di passeggeri. La presente garanzia è prestata per le somme corrispondenti a quelle assicurate con la presente polizza e per rischi da essa previsti. Restano in ogni caso esclusi i voli effettuati su velivoli ed elicotteri eserciti da aeroclubs.

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

- €.6.000.000,00.= per il caso di invalidità permanente
- €.6.000.000,00.= per il caso morte

€.6.000,00.= al giorno per inabilità temporanea
per persona e di:

- €.30.000.000,00.= per il caso di invalidità permanente
- €.30.000.000,00.= per il caso di morte

€. 30.000,00.= al giorno per inabilità temporanea
complessivamente per aeromobile.

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

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

Art.12 – Servizio militare

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

L’assicurazione è invece operante nei confronti di coloro che esplicano il servizio sostitutivo di quello militare di leva quali addetti ai corpi di polizia municipale, nonché quali volontari del servizio civile.

Art.13 – Rischio guerra

A parziale deroga del disposto dell’Art.1 Sezione 4, la garanzia viene estesa agli infortuni avvenuti all'estero (escluso comunque il territorio della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino) derivanti da stato di guerra civile, guerra, invasione, atti nemici, ostilità (sia che la guerra sia dichiarata e non dichiarata), per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di eventi bellici mentre si trova all'estero.

Art.14 – Responsabilità civile del Contraente

La Società assicura il Contraente per il caso in cui l'Assicurato o, nell'ipotesi di morte, i suoi beneficiari o soltanto alcuni di essi non accettino, quale completa tacitazione per l'infortunio, l'indennizzo liquidato ai sensi della presente polizza ed avanzino nei confronti del Contraente stesso maggiori pretese a titolo di responsabilità civile.

Verificandosi tale caso il predetto indennizzo viene accantonato per essere computato nel risarcimento e la Società risponde della maggiore somma che il Contraente fosse tenuto a pagare fino alla concorrenza di un ulteriore importo pari a quello dell'indennizzo stesso.

Qualora il Contraente abbia stipulato per le medesime persone polizza di Responsabilità Civile, la presente garanzia è operante solo per l'eventuale eccedenza del danno rispetto al massimale assicurato a titolo di Responsabilità Civile.

La presente garanzia non è operante quando:

- l'infortunio non è indennizzabile ai sensi della polizza;

l'infortunio è indennizzabile ai sensi della norma "Rischio aeronautico".

Le disposizioni contenute nel presente articolo potranno non essere applicate su richiesta scritta alla Società da parte del Contraente.

Art.15 – Ernie e lesioni da sforzo

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

Per le ernie operabili viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 2% della somma assicurata per la Invalidità Permanente.

Per le ernie non operabili, l'indennizzo viene computato in base alla tabella INAIL precedentemente indicata, fermo restando un limite massimo di risarcimento pari al 10% della somma assicurata per la Invalidità Permanente.

Art.16 – Limiti territoriali

L'assicurazione è operante in tutto il Mondo.

SEZIONE 4	ESCLUSIONI
------------------	-------------------

Art.1 – Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni occorsi:

1. in occasione di eventi direttamente connessi allo stato di guerra dichiarata o non dichiarata, salvo quanto previsto all'art.13 Sezione 3;
durante la guida e l'uso di mezzi di locomozione aerea e la guida di mezzi subacquei, salvo quanto previsto all'art. 12, Sezione 3;
in conseguenza di dolo o di azioni delittuose dell'Assicurato, salvo che per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
sotto influenza di stupefacenti, psicofarmaci ed allucinogeni assunti volontariamente fatto salvo che se dietro prescrizione medica;
in conseguenza diretta od indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
in occasione della partecipazione a gare e corse (e relative prove) calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo; dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove) che comportano l'uso o la guida di veicoli a motore e natanti, salvo che si tratti di regolarità pura, dalla pratica del paracadutismo, del pugilato e dell'alpinismo;
a parziale deroga dell'art. 1, sez. 3, derivanti da atti terroristici posti in essere tramite l'uso di sostanze nucleari, biologiche, batteriologiche o chimiche, qualunque sia il tipo di arma e/o ordigno e/o congegno utilizzato per portare a termine l'azione. Sono comunque esclusi dalla garanzia tutti gli infortuni derivanti da atti terroristici cui l'Assicurato abbia partecipato in modo volontario.

SEZIONE 5

GESTIONE DEI SINISTRI

Art.1 – Criteri di indennizzabilità

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

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

a) MORTE

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

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

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

b) MORTE PRESUNTA

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

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

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

c) INVALIDITA' PERMANENTE

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

la valutazione del grado di Invalidità Permanente sarà effettuata facendo riferimento alla Tabella allegata al D.L. n. 38/2000 e ss.mm.ii. con rinuncia alle franchigie relative stabilite, nonché alle successive eventuali modificazioni ed integrazioni, con l'intesa che le percentuali indicate nella Tabella anzidetta vengano riferite ai capitali assicurati per il caso di invalidità permanente totale.

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

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

In caso di valutazione della Invalidità Permanente di grado pari o superiore al 50%, verrà liquidata una somma pari al 100% della somma assicurata.

Il diritto all'indennità per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi, tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Società paga l'importo liquidato od offerto ai beneficiari, o in difetto

di designazione degli stessi, agli eredi dell'Assicurato secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

d) DIARIE

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

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

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

e) SPESE MEDICHE

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

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

Art.2 – Valutazione del danno - Controversie

L'ammontare del danno è concordato direttamente dalla Società, o da un fiduciario da essa designato, con l'Assicurato e/o il Contraente, o persona da esso designata.

In caso di controversie di natura medica sulla indennizzabilità del danno nonché sulla misura dei rimborsi o sulla liquidabilità delle indennità, le Parti si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere se ed in quale misura siano dovuti i rimborsi e le indennità a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo dalle Parti di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio medico.

Il collegio medico risiede ove ha sede l'Assicurato e/o Contraente.

Una volta richiesta la convocazione del collegio medico da parte dell'Assicurato, con l'indicazione del nome del medico designato, l'Impresa è tenuta a comunicare all'Assicurato, entro trenta giorni dalla richiesta, il nome del medico che essa a sua volta avrà designato.

Ciascuna delle parti, Assicurato e Società, sostiene le proprie spese e remunera il medico designato da essa, mentre le spese e le competenze del terzo medico saranno ripartite tra Società ed assicurato nella misura del 50%.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali. I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti. Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri arbitri nel verbale

Art.3 – Liquidazione dell'indennizzo

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquiderà l'indennizzo che risulti dovuto, ne darà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvederà al pagamento entro 30 giorni. L'indennità viene corrisposta in Italia in Euro.

Art.4 - Rinuncia all'azione di surroga

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

Art.5 – Anticipi indennizzi

A seguito di sinistro indennizzabile contrattualmente, e dietro specifica richiesta dell'Assicurato, la Compagnia è tenuta ad anticipare il risarcimento sino ad un massimo di Euro 50.000,00, sempreché sia presumibile una invalidità permanente liquidabile superiore al 5% di quella totale.

Art. 6 - 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.

Art. 7 – Denuncia del sinistro e relativi obblighi

La denuncia di sinistro dovrà essere indirizzata per iscritto al Broker o all'Agenzia a cui è assegnata la polizza o alla Società, entro 30 giorni da quando l'Unità Organizzativa dell'Ente Contraente, competente alla gestione del contratto, ne ha avuto comunicazione scritta o dal momento in cui l'Assicurato od i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità, ai sensi ed a parziale deroga dell'Art. 1913 del C.C. La denuncia dell'infortunio dovrà contenere l'indicazione del luogo, del giorno e dell'ora dell'evento, nonché le cause che lo hanno determinato, ed essere corredata, se ricorre il caso, da certificato medico e/o del pronto soccorso.

Successivamente il Contraente o l'Assicurato, deve inviare periodicamente e sino a guarigione avvenuta, certificati medici sul decorso delle lesioni, nonché le fatture, notule e ogni altro documento comprovante le spese mediche e/o farmaceutiche sostenute e rimborsabili.

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

SEZIONE 6

**LIMITI DI INDENNIZZO, FRANCHIGIE, CATEGORIE,
GARANZIE E CAPITALI ASSICURATI, CALCOLO DEL PREMIO**

Art.1 –Limiti di indennizzo e franchigie

La Compagnia non liquiderà indennizzi superiori ad 15.000.000,00 qualora il sinistro coinvolga più persone. In caso di sinistro indennizzabile a termini di polizza, agli Assicurati verrà corrisposto l'indennizzo previsto dal presente contratto senza applicazione di alcuna franchigia, salvo quanto previsto in specifiche garanzie e salvo quanto sotto indicato:

Limitatamente agli Assicurati di età:

- superiore a 80 anni, non si farà luogo ad indennizzo per Invalidità Permanente quando questa sia di grado inferiore al 3%;
- superiore a 85 anni, non si farà luogo ad indennizzo per Invalidità Permanente quando questa sia di grado inferiore al 5%.

Qualora invece l'invalidità risultasse superiore a tali percentuali, l'indennizzo verrà corrisposto per la parte eccedente.

Nel caso in cui l'invalidità fosse superiore al 50% della totale, le franchigie suddette si intenderanno abrogate.

Art.2 Categorie, garanzie e capitali assicurati

L'assicurazione è prestata alle condizioni tutte della presente polizza per gli Assicurati, ovvero le singole persone appartenenti alle categorie qui di seguito evidenziate, per le garanzie e capitali assicurati specifici della singola categoria e per sinistro.

2.A Assicurati: Sindaco, Consiglieri Comunali, Consiglieri incaricati dal Sindaco, Assessori, Presidenti e Consiglieri di Quartiere

La garanzia è riferita agli Assicurati per le attività espletate in connessione con il mandato conferitogli e l'attività professionale esercitata per conto del Comune di Bologna, ivi compresi i rischi della circolazione su qualsiasi mezzo, nonché il rischio "in itinere".

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

Garanzia	Capitali assicurati €
Morte	250.000,00=
Invalidità Permanente da infortunio	250.000,00=

Numero di assicurati	130
-----------------------------	------------

2.B Assicurati: Portavalori - Cassieri

La garanzia è riferita ai dipendenti comunali che possono esercitare le mansioni di portavalori e/o cassieri in qualunque sede del Comune di Bologna per infortuni occorsi durante lo svolgimento delle proprie mansioni.

Garanzia	Capitali assicurati €
Morte	30.000,00=
Invalidità Permanente da infortunio	35.000,00=

Numero di assicurati	90
-----------------------------	-----------

2.C Assicurati: Volontari

La garanzia è riferita ai volontari in genere (esclusi quelli iscritti a specifiche Associazioni) che prestano la loro attività per l'Amministrazione Comunale, prevista da accordi, convenzioni, contratti d'opera od altri atti

specifici del Contraente.

La copertura si intende operante anche per i Volontari civili e/o singoli - anche minori di età - partecipanti a progetti predisposti dal Comune di Bologna o dai quartieri, durante lo svolgimento delle attività di sostegno, didattiche, culturali, assistenza, integrazione sociale e complementari ivi previste; la garanzia deve intendersi operante nei locali destinati ad ospitare l'attività assicurata, sia nelle varie sedi del Comune di Bologna, che presso terzi, anche al di fuori del Comune stesso.

La copertura si intende operante anche per i praticanti del Settore Legale nonché per i praticanti iscritti ad altri ordini professionali.

La copertura è operante per tutto il periodo della giornata durante il quale l'assicurato presta la propria attività e/o servizio.

Garanzia	Capitali assicurati €
Caso Morte	100.000,00=
Caso Invalidità Permanente da infortunio e malattia	100.000,00=
Rimborso spese mediche e farmaceutiche	1.500,00=

Numero assicurati	100
--------------------------	------------

2.D Assicurati: Alunni delle Scuole Comunali, iscritti Centri Anni Verdi ed Educativi, iscritti Officine Adolescenti

La garanzia è riferita a tutti gli alunni, anche affetti da malattie psicofisiche, frequentanti scuole ed istituti educativi comunali regolarmente iscritti negli appositi registri previsti dalle norme vigenti.

La copertura è operante per gli infortuni occorsi agli alunni durante la frequenza della scuola/corso nelle ore di lezione e di esercitazione per attività pre e post scolastiche, interscolastiche, extrascolastiche, culturali, sportive, ricreative e complementari, quando l'attività scolastica è svolta, relativamente a:

- Scuole Comunali: in qualunque momento dell'attività scolastica
- Iscritti Centri Anni Verdi ed Educativi,
Iscritti Officine Adolescenti: in qualunque momento dell'attività.

La copertura è inoltre operante per gli infortuni occorsi ai minori durante la partecipazione a gite, ai centri estivi ed invernali, ai soggiorni ed ai campi solari predisposti dal Contraente, nonché alle iniziative ed ai viaggi in occasione di gemellaggi e/o altre attività di carattere socio-educativo e/o ricreativo.

La garanzia deve intendersi operante anche all'esterno dei locali scolastici o di quelli destinati ad ospitare l'attività assicurata, a condizione che dette attività siano svolte con l'accompagnamento ed il controllo di personale autorizzato.

La presente garanzia deve intendersi a titolo integrativo, e non sostitutivo, di quella eventualmente prevista nelle polizze stipulate dalle singole scuole e/o circoli didattici.

La garanzia è riferita agli infortuni occorsi ai tutti i partecipanti a progetti predisposti dal Comune di Bologna presso i centri educativi.

Garanzia	Capitali assicurati €
Morte	100.000,00=
Invalidità Permanente da infortunio	100.000,00=
Rimborso spese mediche e farmaceutiche	2.500,00=

Numero Assicurati	7.500
--------------------------	--------------

2.E Assicurati: Frequentatori dei corsi e/o partecipanti a gite dei Centri Giovanili

La garanzia è riferita a tutte le persone che frequentano i corsi e/o partecipano alle gite organizzate dai Centri Giovanili del Comune di Bologna sia durante lo svolgimento delle attività didattico ricreative, culturali, sportive e ginniche, sia durante la partecipazione a gare sportive ed a qualsiasi forma di vita connessa a detti corsi e/o gite.

Garanzia	Capitali assicurati €
Morte	100.000,00=
Invalità Permanente da infortunio	100.000,00=

Numero Assicurati	100
--------------------------	------------

2.F Assicurati: Partecipanti, compresi gli Educatori, alle attività Unità Soggiorni Estivi e Unità Iniziative per i Giovani e Scambi Internazionali

La garanzia è operante per chiunque e a qualunque titolo partecipi alle attività organizzate, gite comprese, nelle Unità Soggiorni Estivi e Unità Iniziative per i Giovani e Scambi Internazionali.

Garanzia	Capitali assicurati €
Morte	100.000,00=
Invalità Permanente da infortunio	100.000,00=

Numero Assicurati	300
--------------------------	------------

Limite di risarcimento in caso di sinistro che coinvolga più soggetti assicurati: qualora le indennità liquidabili eccedessero nel loro complesso l'importo di € 520.000,00 = le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

2.G Assicurati: dipendenti e non dipendenti, Segretario Comunale, Direttore Generale, in qualità di conducenti di veicoli:

a) di proprietà e/o nella disponibilità dell'Ente;
di proprietà degli assicurati e/o di terzi (non di proprietà e/o disponibilità dell'Ente) purché autorizzati

La garanzia è riferita agli infortuni occorsi agli assicurati, i quali su autorizzazione del Contraente in occasione di missioni o per adempimenti di servizio, si trovino a bordo di veicoli (cicli, motocicli e velocipedi compresi), in qualità di conducenti, compresi gli infortuni sofferti salendo o scendendo sui/dai mezzi di trasporto menzionati. La garanzia è operante sia che gli Assicurati predetti siano a alla guida di veicoli di proprietà e/o disponibilità del Contraente, sia degli Assicurati stessi, che di terzi.

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

Garanzia	Capitali assicurati €
Morte	150.000,00=
Invalità Permanente	200.000,00=

Tasso lordo del		(per mille)
Da applicarsi al 25% delle retribuzioni preventivate erogate al personale dipendente e non dipendente di € 120.000.000,00 pari a	€ 30.000.000,00	(soggetto a regolazione premio in base all'applicazione del tasso lordo suddetto al 25% della differenza fra retribuzioni a consuntivo e retribuzioni preventivate)

2.H Assicurati: Minori in affido

La presente garanzia è riferita agli infortuni occorsi ai minori che secondo disposizioni del Comune di Bologna si trovino in affidamento familiare a privati così come previsto dalla vigente normativa regionale.

Garanzia	Capitali assicurati €
Morte	100.000,00=
Invalità Permanente	100.000,00=
Rimborso spese mediche e farmaceutiche	2.500,00=

Numero Assicurati	100
--------------------------	------------

Art.3 – Calcolo del premio e modalità di applicazione della regolazione

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

Al termine di ogni annualità la Società provvederà, sulla base degli elementi variabili di polizza presi come base per la determinazione del premio, a redigere la regolazione del premio nei termini di cui all'Art. 5 della Sezione 1) di polizza.

Art.4 – Riparto di coassicurazione

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

Società	Agenzia	Percentuale di ritenzione

Art.5 – Disposizione finale

Tutte le condizioni generali, speciali ed aggiuntive dello stampato di polizza incompatibili con le presenti condizioni particolari si intendono abrogate, salvo che per l'Assicurato e/o il Contraente siano più favorevoli. La firma apposta dal contraente sui moduli a stampa vale solo quale presa d'atto del premio e dell'eventuale ripartizione del rischio tra le società partecipanti alla coassicurazione.

ELEMENTI PER IL CALCOLO DEL PREMIO

Categorie Assicurate	Tipo dato variabile	Montante dato variabile	Premio lordo pro-capite, o tasso lordo pro-mille applicato	Totale €
2.A Amministratori	N. Assicurati	130		
2.B Portavalori -Cassieri	N. Assicurati	90		
2.C Volontari	N. Assicurati	100		
2.D Alunni Scuole Comunali, Centri Anni Verdi ed Educativi, Officine Adolescenti	N. Assicurati	7.500		
2.E Frequentatori corsi e partecipanti a gite centri giovanili	N. Assicurati	100		
2.F Partecipanti, compresi gli Educatori, alle attività Unità Soggiorni Estivi e Unità Iniziative per i Giovani e Scambi Internazionali	N. Assicurati	300		
2.G Dipendenti e non dipendenti a bordo di veicoli	Retribuzioni €	30.000.000,00		
2.H Minori in affidamento	N. Assicurati	100		
TOTALE PREMIO ANNUO LORDO €				

Alla data di effetto del presente contratto le garanzie non saranno pertanto operanti ed il relativo premio annuo lordo da quotare obbligatoriamente in sede di gara (come meglio specificato nella scheda di offerta economica) non concorrerà alla determinazione del premio annuo lordo anticipato di polizza.

Scomposizione del premio:

Premio annuo imponibile	€	. =</td
Imposte	€	. =</td
TOTALE	€	. =</td

IL CONTRAENTE

LA SOCIETÀ