

ALLEGATO - D

**CAPITOLATO DI
ASSICURAZIONE
INFORTUNI**

LOTTO N. 4

CONTRAENTE	COMUNE DI NOALE Piazza Castello, 18 30033 Noale (Ve) C.F. 82002870275
DECORRENZA	ORE 24.00 DEL 31.07.2015
SCADENZA	ORE 24.00 DEL 31.07.2017
RATEAZIONE	ANNUALE

Si conviene fra le Parti che le norme dattiloscritte qui di seguito annullano e sostituiscono integralmente tutte le condizioni riportate a stampa nella modulistica utilizzata dall'Assicuratore in aggiunta al presente capitolato di polizza, per cui le stesse si devono intendere abrogate e prive di qualsiasi effetto.

Pertanto le condizioni riportate nel presente capitolato sono le uniche a valere tra le Parti del presente contratto.

I moduli prestampati della Società, allegati al presente capitolato di polizza, benché sottoscritti dal Contraente, valgono esclusivamente per i dati identificativi riferiti al Contraente, al conteggio del premio, alla durata contrattuale, al trattamento dei dati personali, nonché per l'indicazione delle eventuali quote di coassicurazione.

SEZIONE 1 - DEFINIZIONI E DESCRIZIONE DELL'ATTIVITÀ'

Art. 1 - Definizioni

Assicurazione	Il contratto di assicurazione.
Polizza	Il documento che prova l'assicurazione.
Contraente	Il soggetto che stipula l'assicurazione riportato nel frontespizio della polizza.
Assicurato	La persona fisica o giuridica il cui interesse è protetto dalla Assicurazione.
Beneficiario	In caso di morte gli eredi legittimi o testamentari, in tutti gli altri casi l'assicurato stesso.
Broker	L'intermediario di assicurazioni incaricato dal Contraente per la gestione ed esecuzione della polizza e riconosciuto dalla Società ovvero: Assidoge IBC S.r.l.
Premio	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
Rischio	La probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.
Sinistro	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
Indennizzo	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Franchigia	La parte di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.
Scoperto	La parte percentuale di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.
Annualità assicurativa o periodo assicurativo	Il periodo pari o inferiore a 12 mesi compreso tra la data di effetto e la data di scadenza o di cessazione dell'assicurazione.
Infortunio	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte e/o una invalidità permanente e/o una inabilità temporanea.
Invalità permanente	La diminuita capacità o la perdita definitiva ed irrimediabile della capacità generica ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato.
Inabilità temporanea	La perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato di attendere alle attività professionali dichiarate.

Istituto di cura	L'ospedale pubblico, la clinica, la casa di cura sia accreditati presso il Servizio Sanitario Nazionale che privati, legalmente riconosciuti e regolarmente autorizzati al ricovero dei malati, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno.
Ricovero	La degenza in Istituto di cura che comporti almeno un pernottamento.
Veicoli ad uso privato	Autovettura, autocarro, autoveicolo ad uso speciale, non adibito ad uso pubblico, né a noleggio, né a scuola guida, né ad autotassametro trattore, macchine operatrici e semoventi, motocarro, motociclo, ciclomotore, bicicletta, bicicletta elettrica, natante.
Massimale per sinistro	La massima esposizione della Società per sinistro.

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 o l'interesse ad attivare la copertura assicurativa e vale per gli infortuni subiti dagli Assicurati in occasione della partecipazione all'attività della Contraente o nello svolgimento delle mansioni dichiarate dal Contraente stesso.

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

Per le categorie attivabili a richiesta identificate come tali alla Sezione 6 la copertura decorrerà dalle ore 24.00 del giorno comunicato alla Società Assicuratrice dal Contraente e scadrà alla ore 24.00 del giorno indicato dal medesimo. Il relativo premio verrà conteggiato in sede di regolazione (Sezione 3 – art. 5).

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

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

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

SEZIONE 2 - NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – Buona Fede

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

Il Contraente deve comunicare alla Società ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 C.C..

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

La Società corrisponderà, al netto dell'imposta, la quota di premio pagata e non consumata, a scelta del Contraente, immediatamente oppure in occasione della scadenza dell'annualità di premio.

La mancata comunicazione da parte del Contraente di circostanze aggravanti il rischio così pure le inesatte od incomplete dichiarazioni rese all'atto della stipulazione dell'assicurazione o durante il corso della stessa, non comporteranno decadenza dal diritto di indennizzo, né riduzione dello stesso sempre che tali omissioni od inesattezze siano avvenute senza dolo.

La Società ha peraltro il diritto di percepire la differenza di premio corrispondente al maggior rischio a decorrere dal momento in cui le circostanze si sono verificate.

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

Art. 2 - Assicurazione presso diversi Assicuratori

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

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

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

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

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

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

Art. 3 - Durata dell'assicurazione

L'assicurazione ha validità dalle ore 24.00 del 31.07.2015 fino alle ore 24.00 del 31.07.2017 e cesserà automaticamente alla scadenza senza obbligo di disdetta.

Pur essendo il contratto di durata poliennale, le Parti si riservano la facoltà di risolverlo alla scadenza di ciascun periodo assicurativo annuo mediante lettera raccomandata da inviarsi almeno 120 (centoventi) giorni prima della scadenza.

Non è ammesso il recesso della Società dalla garanzia di singoli rischi o parti dell'assicurazione, salvo esplicita accettazione dell'Assicurato e conseguente riduzione del premio.

In caso di scadenza naturale del contratto è facoltà del Contraente chiedere alla Società la proroga della presente assicurazione, fino al completo espletamento delle procedure di gara e la Società si impegna a prorogare l'assicurazione, alle medesime condizioni contrattuali ed economiche in vigore, per un periodo massimo di 120 (centoventi) giorni ed il relativo rateo di premio dovrà essere anticipato in via provvisoria da parte del Contraente. In caso di disdetta della Società, il periodo di proroga viene ridotto a 90 (novanta) giorni a condizioni da concordarsi.

In caso di proroga dell'assicurazione per il pagamento del relativo premio vale il termine di rispetto contrattualmente previsto per il pagamento delle rate successive.

Art. 4 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza, se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento.

A parziale deroga dell'art.1901 del C.C. l'assicurazione è valida anche se il premio viene corrisposto entro il 60° (sessantesimo) giorno successivo alla data di decorrenza della polizza.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 60° (sessantesimo) giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, fermi le successive scadenze e il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

I premi devono essere pagati alla Direzione della Società o all'Agenzia della stessa alla quale è stata assegnata la polizza o alla Società di brokeraggio che gestisce il contratto.

Art. 5 - Regolazione del premio

Poiché il premio è convenuto, in tutto o in parte, in base a elementi variabili del rischio, esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minor durata del contratto, secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi a base per il conteggio del premio. Non vi è l'obbligo per il Contraente di comunicare nel corso del periodo assicurativo le variazioni del numero di assicurati o qualsiasi altro dato variabile.

La regolazione del premio di polizza avverrà secondo quanto previsto dalla normativa seguente:

- a) entro 120 (centoventi) giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o della minor durata del contratto, il Contraente deve comunicare per iscritto alla Società i dati necessari per effettuare la regolazione del premio e cioè l'indicazione degli elementi variabili contemplati in polizza;
- b) per le variazioni numeriche dei dati variabili, intervenute nel periodo assicurativo, sia in aumento che in diminuzione, si conviene che il premio di regolazione corrisponde al 100% del premio lordo pro capite annuo o della minor durata del contratto nel primo semestre e la 50% nel secondo semestre;
- c) le differenze attive risultanti dalla regolazione, devono essere corrisposte nei 60 (sessanta) giorni successivi dal momento in cui il Contraente abbia effettivamente ricevuto la relativa appendice di regolazione ritenuta corretta emessa dalla Società (farà fede la data di protocollo di ricevimento del documento);
- d) le differenze passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei 60 (sessanta) giorni successivi al ricevimento da parte della Società dell'apposita appendice ritenuta corretta di regolazione emessa dalla stessa e sottoscritta dal Contraente.

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

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

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

Art. 6 - Recesso a seguito di sinistro

Dopo ogni sinistro e fino al 60° (sessantesimo) giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, le Parti hanno facoltà di recedere dall'assicurazione con un preavviso di almeno 120 (centoventi) giorni mediante lettera raccomandata.

In tal caso la Società, entro 30 (trenta) giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto delle imposte di legge, relativa al periodo di rischio non corso.

Non è ammesso il recesso della Società dalla garanzia di singoli rischi o parti dell'assicurazione, salvo se contrattualmente previsto, ovvero con esplicita accettazione dell'Assicurato e conseguente riduzione del premio.

Art. 7 - Modifiche dell'assicurazione

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

Art. 8 - Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società

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

Art. 9 - Oneri fiscali

Tutti gli oneri fiscali, presenti e futuri, relativi al premio, agli indennizzi, alla polizza ed agli atti da essa dipendenti, sono a carico del Contraente anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

Art. 10 - Foro competente

Per le controversie relative al presente contratto è competente, esclusivamente, l'autorità giudiziaria del luogo della sede del Contraente.

Art. 11 - Interpretazione del contratto

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

Art. 12 - Titolarità dei diritti nascenti dal contratto

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

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

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

Art. 13 - Comunicazione sullo stato dei sinistri

La Società dà la propria disponibilità su richiesta ad inviare al Broker, con cadenza semestrale, una comunicazione che riporti lo stato dei sinistri denunciati e aperti con i rispettivi numeri di protocollazione, data di accadimento, tipologia di accadimento e le seguenti annotazioni:

- sinistro liquidato, con l'indicazione del relativo importo;
- sinistro aperto e posto a riserva, con l'indicazione del relativo importo a riserva;
- sinistro chiuso, senza seguito.

Gli obblighi precedentemente descritti non precludono al Contraente di chiedere e ottenere un aggiornamento con le modalità di cui sopra in date diverse da quelle suindicate con un numero massimo di 3 in corso d'anno.

Per i contratti scaduti la Società si impegna a fornire comunque statistiche aggiornate finché tutti i sinistri generati dalla polizza non siano definitivamente chiusi.

Art. 14 - Coassicurazione e delega

Qualora l'assicurazione fosse divisa per quote fra diverse Società coassicuratrici, in caso di sinistro, le medesime concorreranno nel pagamento dell'indennizzo in proporzione della quota da esse assicurata, esclusa ogni responsabilità solidale.

Il Contraente/Assicurato dichiara di aver affidato la gestione della presente polizza alla Spett.le ASSIDOGE IBC S.r.l. e gli Assicuratori hanno convenuto di affidarne la Delega alla Società designata nel frontespizio di polizza; di conseguenza tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti per conto del Contraente/Assicurato dalla ASSIDOGE IBC S.r.l. la quale tratterà con la Società Delegataria.

La Società Delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle Società Coassicuratrici, indicate nella polizza o appendice, a firmare in loro nome e per loro conto tutti gli atti contrattuali, concordate con le Società Coassicuratrici stesse, successivi al perfezionamento del contratto originario.

Pertanto la firma apposta dalla Società Delegataria sul documento di assicurazione, lo rende ad ogni effetto valido anche per le quote delle Società Coassicuratrici.

Il dettaglio dei capitali assicurati e dei premi spettanti a ciascuna Società Coassicuratrice risulta dall'apposito prospetto allegato alla presente polizza.

Le Società Coassicuratrici saranno tenute a riconoscere come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di ordinaria gestione compiuti dalla Società Delegataria per conto comune, fatta soltanto eccezione per l'incasso dei premi, la cui regolazione verrà effettuata dal Contraente per il tramite della Spett.le ASSIDOGE IBC S.r.l. direttamente nei confronti di ogni Società Coassicuratrice e tale procedura è accettata dalle medesime.

Tutte le comunicazioni inerenti al contratto, ivi comprese quelle relative al recesso ed alla disdetta, debbono trasmettersi da una parte all'altra unicamente tramite la Società Delegataria.

Ogni comunicazione si intende fatta o ricevuta dalla Società Delegataria nel nome e per conto di tutte le Società Coassicuratrici.

Art. 15 - Clausola broker

Alla Società ASSIDOGE IBC S.r.l. – Insurance Broker and Consultant - è affidata la gestione e l'esecuzione della presente assicurazione in qualità di Broker, ai sensi del D.Lgs. 209/2005.

Di conseguenza tutti i rapporti e comunicazioni, compreso il pagamento dei premi, inerenti l'assicurazione saranno svolti per conto del Contraente/Assicurato dall'Assidoge S.r.l. la quale tratterà con la Società.

Resta intesa l'efficacia liberatoria anche a termini dell'art. 1901 del Codice Civile del pagamento effettuato dal Contraente al Broker.

Agli effetti dei termini fissati dalle condizioni di assicurazione, ogni comunicazione fatta dal Broker nel nome e per conto del Contraente/Assicurato si intenderà come fatta dal Contraente/Assicurato stesso; parimenti ogni comunicazione fatta dal Contraente/Assicurato al Broker si intenderà come fatta alla Società.

Farà fede, ai fini della copertura assicurativa, la data di una comunicazione ufficiale del Broker alla Società.

Il Broker sarà remunerato dalla/e Società aggiudicatarie dell'appalto.

Il compenso riconosciuto al Broker, sotto forma di ritenuta sui premi di assicurazione e all'atto del pagamento dei medesimi, sarà pari al 75% dell'aliquota provvigionale, calcolata sul premio imponibile, che l'Impresa riconosce all'Agenzia affidataria del contratto, come risultante dalla documentazione ufficiale sotto forma di dichiarazione della Direzione della/e Società.

La remunerazione percepita dal Broker, sotto forma di ritenuta sui premi di assicurazione e all'atto del pagamento dei medesimi, dovrà comunque essere parte dell'aliquota riconosciuta dalla/e Società aggiudicataria/e alla propria rete di vendita diretta e non potrà pertanto rappresentare un costo aggiuntivo per l'Ente.

Art. 16 - Tracciabilità dei flussi finanziari – Clausola risolutiva espressa

In conformità a quanto previsto dall'Art. 3, commi 8 e 9, della Legge n. 136 del 13/08/2010 ("Piano straordinario contro le mafie, nonché delega al Governo in materia di normativa antimafia"), il Contraente, la Società e il Broker assumono tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari previsti dalla medesima Legge 136/2010 con particolare riferimento alle disposizioni contenute all'Art. 3, commi 8 e 9.

Il presente contratto si intenderà risolto di diritto ex Art. 1456 C.C. e s.s. in tutti i casi in cui le transazioni siano eseguite senza avvalersi dell'ausilio di Istituti Bancari o della società Poste Italiane S.p.A. e comunque si accerti il mancato rispetto degli adempimenti di cui al paragrafo precedente.

Il Contraente, la Società e il Broker, e comunque ogni soggetto connesso al presente contratto che abbia notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria previsti dalla Legge 136/2010, devono manifestare immediatamente la volontà di avvalersi della clausola risolutiva, informandone, a mezzo comunicazione scritta, il Contraente e/o la Società e la Prefettura o l'Ufficio Territoriale del Governo territorialmente competente.

Art. 17 - Rinvio alle norme di legge

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

SEZIONE 3 - RISCHI ASSICURATI

Art. 1 - Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione è operante per gli infortuni che gli Assicurati, come individuati nelle specifiche categorie di polizza, subiscono in occasione della partecipazione alle attività organizzate dal Contraente e/o nello svolgimento delle mansioni dichiarate dallo stesso, compreso il rischio in itinere.

Sono compresi in garanzia:

- l'annegamento;
- gli avvelenamenti o le intossicazioni conseguenti ad esposizione, contatto, ingestione o assorbimento di sostanze nocive e/o corrosive in genere;
- la folgorazione;
- l'assideramento o il congelamento;
- gli infortuni causati da colpi di sole, di calore o di freddo, nonché dalle influenze termiche ed atmosferiche;
- l'asfissia per involontaria aspirazione di gas, vapori o esalazioni velenose;
- gli effetti della grandine e delle tempeste di vento;
- gli effetti causati da scariche elettriche;
- gli infortuni derivanti da abuso di alcolici, con l'esclusione di quelli subiti alla guida di veicoli e/o natanti in genere;
- gli infortuni sofferti in stato di malore o incoscienza, purché non cagionati da abuso di alcolici, uso di psicofarmaci assunti a scopo non terapeutico, uso di sostanze stupefacenti e/o allucinogeni;
- gli infortuni derivanti da colpa grave, imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi dell'Assicurato, e/o del Contraente;
- il soffocamento non di origine morbosa da ingestione di solidi e liquidi e comunque di qualunque corpo estraneo;
- le infezioni determinate da punture di insetti o di aracnidi, morsi di rettili o di animali, comprese le conseguenze dovute a vertigini o incoscienza causate da alterazioni patologiche conseguenti a morsi o punture, ma escluse le affezioni di cui gli insetti o gli animali siano portatori necessari;
- le ernie traumatiche;
- le ernie addominali da sforzo e gli strappi muscolari derivanti da sforzo;
- gli infortuni derivanti da frane, valanghe, slavine, inondazioni, alluvioni, straripamenti, caduta di fulmini, eruzioni vulcaniche, movimenti tellurici e maremoti;
- gli infortuni derivanti da tumulti popolari, anche con movente politico, sociale o sindacale, scioperi, sommosse, attentati, aggressioni e violenze, azioni delittuose, atti vandalici o dolosi, attentati, rapina e sequestro (anche tentati), scippo, terrorismo e sabotaggio, azioni di dirottamento di aeromobili o di pirateria aerea, navale o altri mezzi, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- gli infortuni derivanti da atti di temerarietà compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- le lesioni muscolari (esclusi gli infarti) o tendinee, le rotture sottocutanee dei tendini determinate da sforzi e aventi carattere traumatico con un risarcimento forfettario max di Euro 5.000,00 per sinistro/anno.

- gli infortuni derivanti dall'uso o guida di qualsiasi veicolo o natante, purché l'Assicurato, nel caso si trovi alla guida, sia abilitato a norma delle disposizioni in vigore.

Art. 2 - Rimborso spese mediche

La Società garantisce, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza e fino alla concorrenza del massimale espresso per la singola categoria nell'apposita scheda della Sezione 6 le spese di carattere sanitario direttamente conseguenti e sostenute:

- a) durante il ricovero in istituto di cura pubblico o privato le rette di degenza, onorari dei chirurghi e dell'equipe operatoria, materiale di intervento, diritti di sala operatoria, apparecchi terapeutici endoprotesi applicati durante l'intervento, le spese farmaceutiche per l'acquisto di medicinali prescritti dal medico;
- b) per intervento chirurgico anche ambulatoriale;
- c) per visite mediche specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici, acquisto di medicinali prescritti dal medico;
- d) per applicazioni di apparecchi gessati, bendaggi e docce di immobilizzazione, artroscopia diagnostica ed operativa;
- e) per trattamenti fisioterapici rieducativi e riabilitativi;
- f) per prestazioni medico-infermieristiche, presidi ortopedici, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari, incluse le carrozzelle ortopediche;
- g) per cure e protesi dentarie rese necessarie da infortunio, con il limite per dente di Euro 500,00 e di Euro 1.000,00 relativamente alle spese sostenute per il materiale prezioso e le leghe speciali impiegati nelle protesi dentarie, per la perdita totale di un dente (avulsione) verrà corrisposto l'1% della invalidità permanente;
- h) per trasporto dell'Assicurato al luogo di cura o di soccorso o da un istituto di cura all'altro o dall'Istituto di Cura al domicilio dell'Assicurato con mezzi adeguati alla gravità delle condizioni dell'infortunato, il tutto fino alla concorrenza di Euro 1.000,00; tale importo è elevato ad Euro 3.000,00 se l'emergenza richiede l'intervento di eliambulanza.

Il rimborso viene effettuato dalla Società a guarigione clinica ultimata, previa presentazione alla Società, in originale, dei documenti giustificativi, debitamente quietanzati (notule del medico, ricevute del farmacista, ricevute dell'Istituto di Cura, ecc.).

A richiesta dell'Assicurato la Società restituisce i predetti originali, previa apposizione della data di liquidazione.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, distinte e ricevute per ottenere il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto a termini della presente garanzia su presentazione di copia della certificazione delle spese effettivamente sostenute al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi vengono eseguiti in Italia al cambio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano Cambi.

Art. 3 - Diaria per ricovero

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

Art. 4 - Diaria per gessatura

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

Si intendono esclusi dai tutori immobilizzanti: le fasce elastiche in genere, i bendaggi alla colla di zinco, i busti ortopedici elastici, i vari tipi di collari eccetto quelli utilizzati per fratture cervicali e lussazioni cervicali. I mezzi di ostedintesi interni sono liquidati con indennizzo forfettario pari all'1% della somma assicurata per la Invalidità Permanente con il massimo di Euro 2.500,00.

Art. 5 - Diaria per inabilità temporanea

Se l'infortunio ha come conseguenza una inabilità temporanea, la Società corrisponde la somma assicurata:

- a) integralmente, per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle attività professionali principali e secondarie dichiarate;
- b) al 50% per ogni giorno in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle attività professionali principali e secondarie dichiarate.

L'indennizzo per inabilità temporanea viene corrisposto per un periodo massimo di 365 (trecentosessantacinque) giorni.

L'indennizzo per inabilità temporanea è cumulabile con quello per morte o per invalidità permanente.

L'indennizzo per inabilità temporanea viene corrisposto a decorrere:

- dal sesto giorno successivo a quello dell'infortunio se l'indennità prevista in polizza non supera Euro 30,00;
- dall'undicesimo giorno successivo a quello dell'infortunio se l'indennità prevista in polizza è superiore a Euro 30,00 e fino a Euro 60,00;
- dal sedicesimo giorno successivo a quello dell'infortunio se l'indennità prevista in polizza è superiore a Euro 60,00 e fino a Euro 110,00;
- dal ventunesimo giorno successivo a quello dell'infortunio se l'indennità prevista in polizza è superiore a Euro 110,00.

Art. 6 - Rientro sanitario

La garanzia è estesa al rimborso, fino al limite di Euro 2.000,00 per sinistro delle spese sostenute dall'Assicurato in caso di infortunio che lo colpiscano nel corso di una missione o viaggio disposto dal Contraente e che rendano necessario il suo trasporto con qualsiasi mezzo ritenuto idoneo in ospedale attrezzato in Italia.

Art. 7 - Rimpatrio salma (valido in Italia e all'Estero)

La garanzia è estesa al rimborso delle spese sostenute per il rimpatrio della salma dell'Assicurato, in caso di decesso a seguito di infortunio che lo colpiscano nel corso di una missione o viaggio disposto dal Contraente, fino al luogo di sepoltura e ciò fino alla concorrenza di Euro 2.000,00 per sinistro.

Art. 8 - Danni estetici

Nel caso di infortunio, indennizzabile a termini di polizza, con conseguenze di carattere estetico, la Società rimborsa fino alla concorrenza di Euro 5.000,00 per sinistro le spese sostenute e documentate dall'Assicurato, entro due anni dall'infortunio, ancorché successivamente alla scadenza di polizza, per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre o eliminare il danno estetico, comprese le spese per interventi di chirurgia plastica ed estetica.

Il rimborso è effettuato a cura ultimata e previa presentazione di copia della cartella clinica e notule di spesa in originale oppure in copia, nel caso sia intervenuto il Servizio Sanitario Nazionale, con la prova della quota di concorso erogata dal predetto Ente.

Art. 9 - Rischio aeronautico

L'assicurazione comprende gli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei effettuati in qualità di passeggero di velivoli ed elicotteri eserciti da società di traffico regolare, esclusivamente durante il trasporto di passeggeri, ed è prestata per le somme corrispondenti a quelle assicurate

con la presente polizza e per rischi da essa previsti. Restano in ogni caso esclusi i voli effettuati su velivoli ed elicotteri eserciti da aeroclubs.

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

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

per persona e di:

- € 5.000.000,00 per il caso di invalidità permanente
- € 5.000.000,00 per il caso di morte

complessivamente per aeromobile.

In detta limitazione per aeromobile rientrano i capitali riferentesi ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze infortuni¹ 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. 10 - Rischio guerra

La garanzia si intende estesa agli infortuni derivanti da ato di guerra (dichiarata o non dichiarata) per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di eventi bellici mentre si trova all'estero in un paese sino ad allora in pace. Sono comunque esclusi dalla garanzia gli infortuni derivanti dalla predetta causa che colpissero l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, dello Stato della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.

Art. 11 - Rischio in itinere

L'assicurazione comprende gli infortuni subiti dagli Assicurati durante l'itinerario percorso per recarsi dalla dimora al luogo di lavoro o dove si svolge l'incarico e viceversa, purché gli infortuni avvengano durante il tempo strettamente necessario a compiere il percorso in via ordinaria sia a piedi o con uso o guida dei mezzi di locomozione o di trasporto in genere, sia privati che pubblici o di civica proprietà.

SEZIONE 4 - ESCLUSIONI

Art. 1 - Esclusioni

Salvo patto speciale non sono compresi nell'assicurazione gli infortuni derivanti:

- a) dall'uso di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- b) dall'uso di mezzi di locomozione aerea (considerati come tali anche deltaplani ultraleggeri e simili) salvo quanto previsto alla Clausola Rischio volo;
- c) dalla partecipazione a competizioni (e relative prove) sciistiche, ippiche, calcistiche, ciclistiche, di pallavolo, di pallamano, di pallacanestro, di hockey, salvo che esse abbiano carattere ricreativo e/o amatoriale;
- d) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e dall'accelerazione di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- e) dall'uso di allucinogeni, dall'uso non terapeutico di stupefacenti o di psicofarmaci, le conseguenze di operazioni chirurgiche o di trattamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio, salvo quanto previsto alla Clausola Danni estetici;
- f) da proprie azioni dolose o dalla partecipazione ad imprese temerarie o inusuali, salvo gli atti compiuti per solidarietà umana o per legittima difesa;
- g) da guerra e insurrezioni, salvo quanto previsto alla Clausola Rischio guerra;
- h) gli infortuni subiti in stato di ubriachezza;
- i) gli infortuni subiti in connessioni ai rischi nucleari, batteriologici e chimici.

Art. 2 – Persone non assicurabili

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, infermità mentali che incidano sulla capacità di intendere e volere.

Di conseguenza l'assicurazione cessa, per l'Assicurato, nel momento in cui vengono diagnosticate, senza che in caso contrario possa essere opposto l'eventuale incasso dei premi scaduti dopo tale circostanza, premi che in tal caso vengono restituiti al Contraente al netto degli oneri fiscali.

SEZIONE 5 – GESTIONE DEI SINISTRI

Art. 1 – Denuncia del sinistro e relativi obblighi

Il Contraente/Assicurato devono dare avviso scritto, anche a mezzo telex o telefax, alla Società alla quale è stata assegnata la polizza o al Broker indicato in polizza entro 30 (trenta) giorni lavorativi da quando l'Ufficio dell'Ente incaricato della gestione dei contratti assicurativi ne è venuto a conoscenza o dal momento in cui il Contraente, l'Assicurato o i suoi aventi diritto ne abbiano avuto possibilità.

La denuncia deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, le cause che lo hanno determinato e deve essere corredata da certificato medico; il decorso delle lesioni deve essere documentato con continuità da ulteriori certificati medici, fino a guarigione avvenuta, nonché le fatture, notule e ogni altro documento comprovante le spese mediche o farmaceutiche sostenute e rimborsabili.

Se l'infortunio ha cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, deve essere dato immediato avviso scritto alla Società.

L'Assicurato, i suoi familiari o aventi diritto, devono consentire alla visita di medici della Società e a qualsiasi indagine o accertamento che questa ritenga necessari, sciogliendo, a tal fine, dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso.

Art. 2 – Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio può avere esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili. Parimenti, nei casi di preesistente mutilazione o difetto fisico, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti.

a) MORTE

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

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

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

b) MORTE PRESUNTA

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

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

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

c) INVALIDITÀ PERMANENTE

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

la valutazione del grado di Invalidità Permanente sarà effettuata facendo riferimento alla Tabella allegata al D.P.R. del 30.06. 1965 n, 1124 con rinuncia alle franchigie relative stabilite, nonché alle successive eventuali modificazioni ed integrazioni in vigore fino al 24.07.2000, con l'intesa che le percentuali indicate nella Tabella anzidetta vengano riferite ai capitali assicurati per il caso di invalidità permanente totale.

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

Nei casi di preesistenti mutilazioni o difetti fisici, l'indennizzo per invalidità permanente è liquidato per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio, come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra e sana, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti.

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

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

Resta convenuto che, in luogo della franchigia relativa prevista dalla predetta legge, l'indennità verrà corrisposta in base ai seguenti criteri:

- sul capitale assicurato fino a Euro 200.000,00 (duecentomila/00) l'indennizzo è dovuto senza applicazione di alcuna franchigia, in tal caso l'indennità verrà liquidata per la percentuale di invalidità permanente accertata;
- sull'eccedenza di Euro 200.000,00 (duecentomila/00) e fino a Euro 300.000,00 (trecentomila/00) non si farà luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente sia di grado pari o inferiore al 5% della totale, l'indennità verrà corrisposta solo per la parte eccedente tale percentuale;
- sull'eccedenza di Euro 300.000,00 (trecentomila/00) e fino al massimo del capitale eventualmente assicurato, non si farà luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente sia di grado pari o inferiore al 10% della totale, l'indennità verrà corrisposta solo per la parte eccedente tale percentuale.

In caso di invalidità permanente di grado pari o superiore al 20% della totale la Società liquiderà l'indennità dovuta senza applicazione di alcuna franchigia.

Limitatamente ai casi di invalidità permanente e di inabilità temporanea, l'assicurazione è estesa alle ernie traumatiche e alle ernie addominali da sforzo con l'intesa che:

- qualora l'ernia risulti operabile, verrà corrisposta solamente l'indennità per il caso di inabilità temporanea, ove prevista, fino ad un massimo di 30 (trenta) giorni;
- qualora l'ernia non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposto solamente un indennizzo non superiore al 10% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente.

I suddetti massimi valgono anche se l'ernia è bilaterale.

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

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

Art. 3 - 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 gli Assicurati o, in caso di morte, i beneficiari designati in polizza (o anche solo alcuni di essi), non accettino a completa tacitazione per l'infortunio l'indennizzo dovuto ai sensi della presente polizza ed avanzino verso il Contraente maggiori pretese di risarcimento, a titolo di responsabilità civile, detto sinistro nella sua totalità viene accantonato, 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 da lui sostenute.

Se con i beneficiari designati in polizza o indipendentemente da essi, altri aventi diritto al risarcimento per l'infortunio subito dall'Assicurato avanzino pretese di danno verso il Contraente, l'assicurazione vale anche nei riguardi delle richieste di questi ultimi in concorso o meno con quelle dei beneficiari.

La Società assume fino a quando ne ha interesse, sostenendone le spese a termini di legge, la gestione delle vertenze tanto in sede giudiziale che stragiudiziale, sia civile che penale, a nome del Contraente, avvalendosi di tutti i diritti ed azioni ad esso competenti. Il Contraente deve al più presto informare la Società (trasmettendole in ogni caso documenti, notizie e quant'altro riguarda la vertenza) delle pretese avanzate dagli infortunati o dai beneficiari, all'inizio di ogni causa civile e penale e nominare gli avvocati o procuratori designati dalla Società per la difesa, restando in facoltà del Contraente di aggiungerne altri a proprie spese.

Art. 4 - Infortunio catastrofale

Nel caso di infortunio che colpisca contemporaneamente più persone assicurate, in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo complessivo della Società non potrà comunque superare l'importo di Euro 2.500.000,00.

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

Art. 5 - Liquidazione dell'indennità

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

Art. 6 - Rinuncia all'azione di surroga

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

SEZIONE 6 – CATEGORIE E SOMME ASSICURATE

Somme assicurate, franchigie e scoperti

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

Cat. A) – Sindaco, Assessori e Consiglieri

L'assicurazione è prestata per gli infortuni subiti dagli Assicurati a causa ed in occasione dell'espletamento di tutte le attività e funzioni connesse all'incarico inerente all'incarico e/o servizio e/o mandato ricoperto presso l'Ente o per conto del medesimo, anche presso altro ente pubblico a seguito di comando dell'Ente di appartenenza. Sono inclusi in garanzia gli infortuni verificatisi durante i trasferimenti e le missioni effettuati a piedi o con qualsiasi mezzo di trasporto, inclusi aeromobili.

Garanzia	Massimale in Euro
Caso Morte	200.000,00
Caso Invalidità Permanente	200.000,00
Diaria per inabilità temporanea (max 180 gg. per sinistro)	=====
Diaria per ricovero (max 360 gg per sinistro)	=====
Diaria per gessatura (max 30 gg per sinistro)	=====
Spese mediche e farmaceutiche da infortunio	5.000,00

Numero assicurati | 21

Attivazione automatica | X | **Attivazione a richiesta** |

Cat. B) - Segretario

L'assicurazione è prestata per gli infortuni subiti nell'espletamento delle mansioni svolte presso l'Ente o per conto del medesimo. Sono inclusi in garanzia gli infortuni verificatisi durante i trasferimenti e le missioni effettuati a piedi o con qualsiasi mezzo di trasporto, inclusi aeromobili.

Garanzia	Massimale in Euro
Caso Morte	200.000,00
Caso Invalidità Permanente	200.000,00
Diaria per inabilità temporanea (max 180 gg. per sinistro)	=====
Diaria per ricovero (max 360 gg per sinistro)	=====
Diaria per gessatura (max 30 gg per sinistro)	=====
Spese mediche e farmaceutiche da infortunio	5.000,00

Numero assicurati | 1

Attivazione automatica	X	Attivazione a richiesta	
-------------------------------	----------	--------------------------------	--

Cat. C) - Minori in affidamento e in assistenza domiciliare

Infortunati subiti dai minori affidati dall'Autorità Competente all'assistenza dell'Ente e/o di famiglie, anche se portatori di handicap (a parziale deroga dell'art. 2 - Sezione 4), affidati dall'Autorità competente per l'assistenza all'Ente e/o alle famiglie. Resta convenuto tra le Parti che la garanzie devono intendersi valide anche per l'affidamento di soggetti maggiorenni fino ad un massimo di 21 anni nell'ambito della vigente normativa in materia.

Garanzia	Massimale in Euro
Caso Morte	200.000,00
Caso Invalidità Permanente	200.000,00
Diaria per inabilità temporanea (max 180 gg. per sinistro)	=====
Diaria per ricovero (max 360 gg per sinistro)	=====
Diaria per gessatura (max 30 gg per sinistro)	=====
Spese mediche e farmaceutiche da infortunio	5.000,00

Numero assicurati	1
--------------------------	----------

Attivazione automatica	X	Attivazione a richiesta	
-------------------------------	----------	--------------------------------	--

Cat. D) - Volontari e collaboratori in genere (esclusi gli addetti alla Protezione Civile)

L'assicurazione è prestata per gli infortuni subiti dagli Assicurati a causa ed in occasione dell'espletamento di tutte le attività e funzioni svolte presso l'Ente o per conto del medesimo quali, a titolo esemplificativo e non limitativo: attività di supporto ai servizi comunali, attività socialmente utili, pulizia e piccola manutenzione, giardinaggio, sorveglianza, regolazione e direzione traffico davanti le scuole, operatori di strada, assistenti domiciliari, anche nell'ambito di iniziative e manifestazioni di carattere culturale, associativo, religioso, feste, sagre e raduni in genere. Sono inclusi in garanzia gli infortuni verificatesi durante i trasferimenti e le missioni effettuati a piedi o con qualsiasi mezzo di trasporto.

Si intendono esclusi dalla garanzia tutti coloro che godono della copertura infortuni prestata dall'INAIL durante lo svolgimento dell'attività per conto dell'Ente indipendentemente che il relativo premio sia stato corrisposto dall'Ente stesso o da altro soggetto.

Garanzia	Massimale Euro
Caso Morte	200.000,00
Caso Invalidità Permanente	200.000,00
Diaria per inabilità temporanea (max 180 gg. per sinistro)	=====
Diaria per ricovero (max 360 gg. per sinistro)	=====
Diaria per gessatura (max 30 gg per sinistro)	=====
Spese mediche e farmaceutiche da infortunio	5.000,00

Numero assicurati	13
--------------------------	-----------

Attivazione automatica	X	Attivazione a richiesta	
-------------------------------	----------	--------------------------------	--

Cat. E) – Conducenti veicoli privati e veicoli dell’Ente utilizzati in occasione di missioni o per adempimenti di servizio

L’assicurazione è prestata gli infortuni subiti dai dipendenti del Contraente (incluse le persone non in diretto rapporto di dipendenza con il Contraente, ma della cui opera esso si avvalga a qualsiasi titolo) mentre sono alla guida di qualsiasi veicolo che non risulti intestato al P.R.A. a nome del Contraente o dallo stesso utilizzato in locazione e/o comodato, e utilizzato in occasione di missioni o per adempimenti di servizio per conto del Contraente.

L’assicurazione è altresì prestata per gli infortuni subiti dai dipendenti del Contraente (incluse le persone non in diretto rapporto di dipendenza con il Contraente, ma della cui opera esso si avvalga a qualsiasi titolo) mentre sono alla guida di qualsiasi veicolo, di proprietà dell’Ente, in locazione o comodato all’Ente, di proprietà di terzi ed in uso esclusivo all’Ente, e utilizzato in occasione di missioni o per adempimenti di servizio per conto del Contraente stesso.

L’assicurazione è estesa agli infortuni subiti, in caso di fermata del veicolo, durante la salita e la discesa dal veicolo stesso, nonché in caso di riparazioni di emergenza effettuate dal conducente sulla strada, sia per mettere il veicolo in condizione di riprendere la marcia che per spostare il veicolo stesso dal flusso del traffico o reinserirlo nel traffico medesimo.

Garanzia	Massimale in Euro
Caso Morte	200.000,00
Caso Invalidità Permanente	200.000,00
Diaria per inabilità temporanea (max 180 gg. Per sinistro)	=====
Diaria per ricovero (max 360 gg per sinistro)	=====
Diaria per gessatura (max 30 gg per sinistro)	=====
Spese mediche e farmaceutiche da infortunio	5.000,00

Km. Percorsi	95.000
---------------------	---------------

Attivazione automatica	X	Attivazione a richiesta	
-------------------------------	----------	--------------------------------	--

Cat. F) – Partecipanti ai Centri estivi

L’assicurazione copre i minori partecipanti ai Centri ricreativi Estivi organizzati dal contraente, anche se portatori di handicap (a parziale deroga dell’art. 2 - Sezione 4), compreso il rischio in itinere, purchè accompagnati, durante il percorso effettuato per recarsi alla dimora e viceversa, a piedi e/o con mezzi di trasporto pubblici e non, inclusa la salita e la discesa dagli stessi. Sono compresi gli animatori e gli accompagnatori.

Garanzia	Massimale in Euro
Caso Morte	150.000,00
Caso Invalidità Permanente	150.000,00
Diaria per inabilità temporanea (max 180 gg. per sinistro)	=====
Diaria per ricovero (max 360 gg per sinistro)	=====

Diaria per gessatura (max 30 gg per sinistro)	=====
Spese mediche e farmaceutiche da infortunio	3.000,00

Numero assicurati

Attivazione automatica **Attivazione a richiesta**

Cat. G) – Anziani partecipanti ai soggiorni climatici estivi

L'assicurazione copre i minori partecipanti ai Centri ricreativi Estivi organizzati dal contraente, anche se portatori di handicap (a parziale deroga dell'art. 2 - Sezione 4), compreso il rischio in itinere, purchè accompagnati, durante il percorso effettuato per recarsi alla dimora e viceversa, a piedi e/o con mezzi di trasporto pubblici e non, inclusa la salita e la discesa dagli stessi. Sono compresi gli animatori e gli accompagnatori.

Garanzia	Massimale in Euro
Caso Morte	100.000,00
Caso Invalidità Permanente	100.000,00
Diaria per inabilità temporanea (max 180 gg. per sinistro)	=====
Diaria per ricovero (max 360 gg per sinistro)	=====
Diaria per gessatura (max 30 gg per sinistro)	=====
Spese mediche e farmaceutiche da infortunio	3.000,00

Numero assicurati

Attivazione automatica **Attivazione a richiesta**

Cat. H) – Partecipanti alle iniziative di attività motoria di prevenzione riabilitazione promosse dalla locale Asl n.13

L'assicurazione copre i partecipanti alle iniziative di attività motoria di prevenzione riabilitazione promosse all'interno del progetto "Cuore Amico".

Garanzia	Massimale in Euro
Caso Morte	100.000,00
Caso Invalidità Permanente	100.000,00
Diaria per inabilità temporanea (max 180 gg. per sinistro)	=====
Diaria per ricovero (max 360 gg per sinistro)	=====
Diaria per gessatura (max 30 gg per sinistro)	=====
Spese mediche e farmaceutiche da infortunio	3.000,00

Numero assicurati

Attivazione automatica **Attivazione a richiesta**

SEZIONE 7 – CALCOLO DEL PREMIO

Categoria	Tipologia del dato variabile	Dato variabile Base iniziale	Premio lordo pro capite o per Km. €	Totale €
Cat. A) Sindaco, Assessori e Consiglieri	Numero assicurati	22		
Cat. B) Segretario	Numero assicurati	1		
Cat. C) Minori in affidamento e in assistenza domiciliare	Numero assicurati	1		
Cat. D) Volontari e collaboratori in genere (esclusi gli addetti alla Protezione Civile)	Numero assicurati	13		
Cat. E) Conducenti veicoli privati e veicoli dell'Ente utilizzati in occasione di missioni o per adempimenti di servizio	Km. percorsi	95.000		
Cat. F) Partecipanti ai Centri estivi	Numero assicurati	Attivazione a richiesta		
Cat. G) Anziani partecipanti ai soggiorni climatici estivi	Numero assicurati	Attivazione a richiesta		
Cat. H) Partecipanti alle iniziative di attività motoria di prevenzione riabilitazione promosse dalla locale Asl n.13	Numero assicurati	Attivazione a richiesta		
			Totale €	

IL CONTRAENTE

LA SOCIETA'