

CAPITOLATO SPECIALE PER COPERTURA ASSICURATIVA

INFORTUNI

PROVINCIA DI COMO

Lotto n. 4

CONTRAENTE:

PROVINCIA DI COMO

Via BORGOVICO 148

22100 COMO

Codice fiscale/P.I.: 80004650133

Polizza N°	
Effetto	Ore 24.00 del 31/03/2012
Scadenza prima rata	Ore 24.00 del 31/12/2012
Scadenza contratto	Ore 24.00 del 31/12/2014
Durata	Due anni e nove mesi
Rateazione	Annuale
CODICE C.I.G.	

INDICE

1.00– DEFINIZIONI

2.00 – CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONI

3.00 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

4.00 – CONDIZIONI PARTICOLARI

5.00 – CONDIZIONI REALTIVE ALLA DENUNCIA DEI SINISTRI

6.00 – FRANCHIGIE E PARTITE ASSICURATE

1.00 - DEFINIZIONI

1.01 –DEFINIZIONI

Apparecchio gessato	Applicazione di mezzi di contenzione costituiti da fasce gessate o da altri mezzi comunque immobilizzanti, fissi e rigidi, applicati in Istituto di Cura o da personale medico specializzato, allo scopo di favorire il processo di guarigione di lesioni scheletriche e/o capsulo legamentose. Sono compresi nei mezzi di contenzione anche gli apparecchi “don joy”.
Assicurato	L’Ente Contraente nonché la persona o le persone nel cui interesse è stata stipulata l’assicurazione ed a cui spettano i diritti derivanti dal contratto.
Assicurazione	Il contratto di assicurazione e quindi il complesso delle garanzie prestate in polizza.
Contraente	L’Ente - nella persona del Legale Rappresentante pro-tempore - appartenente alla Pubblica Amministrazione, che stipula l’assicurazione e su cui gravano gli obblighi da essa derivanti.
Franchigia	L’importo fisso di danno indennizzabile che rimane a carico dell’Assicurato.
Inabilità temporanea	Temporanea capacità ad attendere alle occupazioni professionali svolte.
Indennizzo	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Infortunio	L’evento, dovuto a causa violenta, fortuita ed esterna, che provoca lesioni obiettivamente constatabili.
Invalidità permanente	La perdita, totale o parziale, definitiva della capacità generica lavorativa dell’Assicurato indipendentemente dalla professione esercitata.
Massimale	La somma massima dovuta dalla Società per ogni sinistro e per ogni anno assicurativo.
Polizza	Il documento che prova il contratto di assicurazione.
Premio	La somma dovuta dal Contraente alla Società quale corrispettivo dell’assicurazione.
Ricovero ospedaliero	Degenza risultante dalla cartella clinica comportante almeno un pernottamento.
Rischio	La probabilità che si verifichi il sinistro e l’entità dei danni che possono derivarne.
Scoperto	La percentuale di danno indennizzabile che rimane a carico dell’Assicurato.
Sinistro	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l’assicurazione.
Società	L’Impresa assicuratrice indicata nel frontespizio della presente polizza.

2.00 - CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

2.01 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato e/o 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 artt. 1892, 1893 e 1894 Cod. Civ.

Tuttavia l'omissione, incompletezza o inesattezza della dichiarazione da parte dell'Assicurato e/o Contraente di una circostanza eventualmente aggravante il rischio, durante il corso di validità della presente polizza così come all'atto della sottoscrizione della stessa, non pregiudicano il diritto all'indennizzo sempreché tali omissioni, incompletezze o inesattezze nelle dichiarazioni siano avvenute in buona fede.

2.02 - Variazioni del rischio

L'Assicurato e/o Contraente deve comunicare per iscritto 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 Cod. Civ.

Resta fermo tuttavia quanto previsto al secondo comma del precedente art. 2.01.

Nel caso di diminuzione del rischio, la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio in corso al momento della comunicazione da parte dell'Assicurato e/o Contraente, ai sensi e a parziale deroga dell'art. 1897 Cod. Civ., e rinuncia al relativo diritto di recesso.

2.03 - Altre Assicurazioni

Premesso che il Contraente, a parziale deroga dell'art. 1910 Cod. Civ., è esonerato dal comunicare preventivamente alla Società se sullo stesso rischio coesistono altre Assicurazioni, in caso di sinistro l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori ed è tenuto a richiedere a ciascuno di essi l'indennizzo dovuto secondo il rispettivo contratto autonomamente considerato.

Qualora la somma di tali indennizzi - escluso dal conteggio l'indennizzo dovuto dall'assicuratore insolvente- superi l'ammontare del danno, la Società è tenuta a pagare soltanto la sua quota proporzionale in ragione dell'indennizzo calcolato secondo il proprio contratto, esclusa comunque ogni obbligazione solidale con gli altri assicuratori.

2.04 - Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, gli Assicuratori o l'Assicurato possono recedere dall'assicurazione con preavviso di 120

giorni. In tale caso essa, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, gli Assicuratori rimborsano la parte di premio netto relativa al periodo di rischio non corso.

2.05 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

Le garanzie prestate con il presente contratto hanno effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato nelle singole polizze. La Società avrà diritto al pagamento della prima rata di premio, delle rate di premio successive del premio di ogni eventuale appendice a titolo oneroso, entro i 60 giorni successivi alla data di effetto dei relativi documenti.

I premi devono essere pagati al Broker di cui all'art. 2.13 del presente Capitolato.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio nel termine previsto dal precedente 1° comma, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 60° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 Cod. Civ.

La Società è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi di tracciabilità previsti dalla legge n. 136/2010 ed s.m.i..

Il Contraente può verificare, in occasione di ogni pagamento all'appaltatore con interventi di controllo ulteriori, l'assolvimento da parte dello stesso e dei subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, agli obblighi relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari. La Società s'impegna a fornire ogni documentazione atta a comprovare il rispetto, da parte propria nonché dei subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati nell'esecuzione del presente contratto, degli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla legge n. 136/2010.

2.06 - Durata e proroga dell'Assicurazione

Durata:

la durata del presente contratto viene stabilita in anni 2 (due) e 9 (nove) mesi con effetto dalle ore 24 del 31/03/2012 fino alle ore 24 del 31/12/2014

Rescindibilità:

la presente polizza, stipulata per un periodo di più annualità (31/12), sarà comunque rescindibile, a scelta delle parti, al termine di ogni periodo assicurativo annuo mediante lettera raccomandata da spedirsi almeno 90 gg. prima della scadenza annuale.

Rinnovo:

alla scadenza naturale stabilita al 31/12/2014, il contratto cessa senza obbligo di disdetta.

Il Contraente si riserva altresì la facoltà di prorogare i contratti alla scadenza per un periodo di ulteriori quattro mesi, notificando in tal senso alla Compagnia aggiudicataria almeno 90 giorni prima del termine del contratto.

Per tale ulteriore periodo di proroga la Società potrà richiedere una quota di premio che non potrà comunque essere superiore ad 1/3 del premio annuale

2.07 - Rinuncia al diritto di rivalsa

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

2.08 - Modifiche dell'Assicurazione

Le eventuali modificazioni e/o integrazioni risultanti da appendici successive all'emissione del presente contratto di assicurazione devono essere provate per iscritto.

2.09 - Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

2.10 - Foro competente

Foro competente è quello ove ha sede il Contraente.

2.11 - Interpretazione del contratto

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

2.12 - Rinvio alle norme di legge

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

2.13 – Clausola Broker

Il Contraente dichiara di aver affidato, ai sensi del D. Lgs. n. 209/2005, la gestione del presente contratto alla Società di Brokeraggio assicurativo GPA SpA, con sede legale in Milano, Via Melchiorre Gioia 124, iscritta al RUI – Sezione B – con il n. 98643, Broker incaricato ai sensi del D. Lgs. n. 209/2005.

Si conviene, a parziale deroga delle norme di assicurazione, che tutti i rapporti inerenti il presente contratto saranno svolti tramite la Società GPA SpA, e in particolare:

- Il Broker provvede alla gestione il contratto, per conto del Contraente, fino a che il suo incarico rimane in vigore. È pertanto fatto obbligo al Contraente di comunicare alla Società l'eventuale modifica dell'incarico al Broker.
- Qualora la Società intenda procedere, presso il Contraente, ad ispezioni o accertamenti inerenti il rapporto assicurativo dovrà darne comunicazione al Broker, con preavviso di almeno 15 giorni, affinché lo stesso possa, ove lo ritenga, essere presente.
- Ad eccezione delle comunicazioni riguardanti la cessazione dell'assicurazione che debbono necessariamente essere fatte direttamente dalle parti, agli effetti dei termini fissati dalle norme di assicurazione, ogni comunicazione fatta dal Broker, in nome e

per conto del Contraente, si intenderà come fatta dal Contraente. Parimenti, ogni comunicazione fatta dal Contraente al Broker si intenderà come fatta alla Società.

- La Società provvederà alla emissione del contratto e delle eventuali successive appendici ed entro 30 giorni dalla loro data di effetto li farà avere al Broker. La Società provvederà anche all'emissione dei documenti di rinnovo relativi alle rate di premio successive e li farà pervenire, almeno 15 giorni prima della scadenza al Broker. Alla cura del Broker è affidato l'incasso ed il perfezionamento dei suddetti documenti.

In caso di mancato perfezionamento e/o incasso il Broker provvederà a restituire alla Società i documenti entro 30 giorni dal termine contrattualmente previsto per il pagamento dei premi.

La polizza e le eventuali successive appendici, dovranno essere restituite alla Società dopo il perfezionamento e/o l'incasso; le copie di spettanza del Contraente verranno da questi trattenute all'atto del perfezionamento.

- Il pagamento effettuato dalla Contraente al Broker costituisce quietanza per il Contraente stesso.

Il Broker invierà alla Società delegataria, a mezzo raccomandata, telefax o telegramma le relative comunicazioni d'incasso e la Società riterrà valida agli effetti della copertura assicurativa la data di spedizione risultante dal timbro postale o la data di invio del telefax. Tali comunicazioni d'incasso comporteranno automatica copertura del rischio anche per le quote delle Società Coassicuratrici che si impegnano a ritenerle valide.

- I premi incassati dal Broker verranno versati alla Società entro il giorno 10 del mese successivo a quello dell'incasso, fermi restando i termini temporali della copertura.
- Il Broker provvederà ad inviare alla Società regolare denuncia dei sinistri; la Società comunicherà al Broker il proprio numero di repertorio nonché, ove necessario, il nome e l'indirizzo del perito incaricato e comunicherà l'esito dei sinistri (senza seguito, importo riservato, importo liquidato).
- La Società comunicherà al Broker qualsiasi eccezione o riserva che venisse sollevata nel corso della liquidazione.

Al Broker dovranno essere corrisposte, ad esclusivo carico della/e delegataria/e e della/e eventuale/i compagnie coassicuratrici, le provvigioni nella misura del 12%.

2.14 - Forma delle comunicazioni

Le comunicazioni fra le Parti devono farsi in forma scritta.

3.00 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE -

3.01 – Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione è prestata per gli infortuni subiti dagli Assicurati durante lo svolgimento delle rispettive attività professionali e/o mansioni per conto del Contraente, quali individuate nell' art. 6.02 compreso il rischio in itinere quali individuate nell' art. 6.02 del presente contratto. Si precisa che per rischio in itinere si intendono gli infortuni che avvengono durante il tempo strettamente necessario a compiere il tragitto dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa anche con l'uso di mezzi di locomozione Resta altresì convenuto che le Condizioni Generali e Particolari di polizza sono operanti se ed in quanto compatibili con la natura del rischio coperto.

3.02 – Estensione territoriale e di risarcimento

L'assicurazione vale per i danni od eventi che si verifichino in tutti i Paesi del Mondo.

In ogni caso il pagamento dell'indennità verrà effettuato in Italia in Euro.

Nel caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più Assicurati, l'esborso a carico della Società non potrà superare la somma complessiva di € 5.165.000,00

Qualora le indennità liquidabili ai sensi del contratto di assicurazione eccedessero nel loro complessivo tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte

3.03 – Esonero denuncia generalità Assicurati

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per l'identificazione di tali persone, si farà riferimento alle risultanze dei registri tenuti in regola dal Contraente o ad altri documenti probatori depositati presso il Contraente.

3.04 – Estensioni dell'assicurazione

Sono compresi in garanzia:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti acuti di origine traumatica, da ingestione o assorbimento di sostanze;
- contatto con corrosivi;
- le affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi, esclusi il carbonchio, la malaria e le malattie tropicali;
- l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento;
- la folgorazione;
- i colpi di sole o di calore;
- le lesioni (esclusi gli infarti) determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico;

- gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismi, attentati, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- gli infortuni derivanti da malore ed incoscienza;
- gli infortuni derivanti da imprudenza e negligenza anche gravi;
- gli infortuni derivanti dall'uso o guida di ciclomotori e motocicli di qualunque cilindrata;
- trattori e macchine agricole semoventi, veicoli a motore e natanti, a condizione che
- l'Assicurato sia in possesso, ove prescritto, di regolare patente di abilitazione alla guida;
- gli infortuni subiti in conseguenza di calamità naturali costituite da terremoto, maremoto, eruzione vulcanica, alluvioni, inondazioni e fenomeni connessi;
- gli infortuni causati da influenze termiche ed atmosferiche;
- gli infortuni derivanti da abuso di alcolici, con l'esclusione di quelli subiti alla guida di veicoli e/o natanti in genere.

3.05 - Rischio di guerra all'estero

L'assicurazione é estesa agli infortuni avvenuti all'estero e derivanti da stato di guerra, dichiarata o non, per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero in un paese sino ad allora in pace

3.06 - Servizio militare

L'assicurazione resta operante durante il servizio militare di pace o durante il servizio sostitutivo dello stesso. In ogni caso, entro il 15° giorno successivo alla prima scadenza di rata di premio posteriore all'inizio del servizio militare, l'Assicurato ha la facoltà di chiedere la sospensione dell'assicurazione fino al termine del servizio medesimo.

3.07 - Rischio volo

L'assicurazione é estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi in aereo di trasferimento, effettuati in qualità di passeggero, su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti, esclusi i viaggi effettuati:

- su aeromobili di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico di passeggeri;
- su aeromobili di aeroclubs;
- su apparecchi per il volo da diporto o sportivo (deltaplano, ultraleggeri, parapendio e simili).

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

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

- *per persona:*
 - euro 1.000.000,00 per il caso di morte;
 - euro 1.000.000,00 per il caso di invalidità permanente;
- *complessivamente per aeromobile:*
 - euro 5.000.000,00 per il caso di morte
 - euro 5.000.000,00 per il caso di invalidità permanente.

In detta delimitazione per aeromobile rientrano anche le somme riferentesi ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze infortuni stipulate dallo stesso Contraente.

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

3.08 – Esclusioni

Salvo patto contrario, sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti da:

- a) 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;
- b) gli infortuni derivanti da guerra e insurrezioni, salvo quanto previsto all'art. 3.05 - Rischio Guerra; da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- c) gli infortuni che siano conseguenza diretta od indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo e di radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, e da esposizione a radiazioni ionizzanti;
- d) gli infortuni derivanti dall'abuso di psicofarmaci o da uso non terapeutico di stupefacenti od allucinogeni;
- e) gli infortuni occorsi in occasione di partecipazione ad imprese temerarie, salvo in quest'ultimo caso che si tratti di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- f) le conseguenze di operazioni chirurgiche e di accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio.

3.09 - Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone affette da infermità mentale, alcoolismo, tossicodipendenza.

In ogni caso l'assicurazione cessa con il loro manifestarsi senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti dopo tale circostanza, premi che in tal caso vengono restituiti al Contraente al netto degli oneri fiscali.

3.10 – Limiti di età

L'assicurazione non vale per le persone di età superiore ad ottantacinque (85) anni.

Tuttavia per persone che raggiungano tale età nel corso del contratto di assicurazione, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa al compimento di detto termine, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti, dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso verranno restituiti a richiesta del Contraente

3.11 - Esonero dall'obbligo della denuncia di infermità, difetti fisici o mutilazioni

Fermo il disposto dell'art. 3.09 "Persone non assicurabili", il Contraente è esonerato dall'obbligo di comunicare alla Società infermità, difetti fisici o mutilazioni da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione del presente contratto o che dovessero in seguito sopravvenire, fermo restando che la liquidazione delle indennità, in caso di sinistro, verrà effettuata tenendo conto della preesistente infermità, mutilazione o difetto fisico secondo le risultanze del referto medico.

3.12 - Esonero dall'obbligo di denuncia di altre assicurazioni

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.

3.13 – Morte

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

3.14- Morte presunta

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termine del contratto di assicurazione, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato, e si presume sia avvenuto il decesso, la Società

liquiderà ai beneficiari indicati nel contratto di assicurazione il capitale previsto per il caso di morte.

La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi 6 mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta ai termini degli artt. 60 e 62 C.C.

Nel caso che, successivamente al pagamento, risulti che la morte non si è verificata o che comunque non è dipesa da infortunio indennizzabile, la Società avrà diritto al rimborso dell'intera somma liquidata.

A restituzione avvenuta dell'intera somma liquidata, l'Assicurato non deceduto potrà far valere i propri diritti per l'invalidità eventualmente subita e residua, anche se nel frattempo fossero trascorsi oltre due anni dall'evento subito e, quindi, senza che si possano da parte della Società invocare eventuali termini di prescrizione, che, al più, decorreranno da quel momento.

3.15 - Malattie contratte in servizio e per cause di servizio

L'assicurazione viene estesa ai sensi del D.P.R. 27.03.1969 n. 130 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 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.

3.16 - Invalidità permanente

Se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente e questa si verifica entro due anni dal giorno in cui l'infortunio è avvenuto, anche successivamente alla scadenza della polizza, la Compagnia liquida la somma assicurata se l'invalidità è totale.

L'indennizzo per invalidità permanente parziale è calcolato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, in proporzione al grado di invalidità accertata secondo i criteri e le percentuali indicate nella tabella di cui all'allegato 1 del D.P.R. 30 Giugno 1965, n. 1124 e successive modifiche.

Nei confronti delle persone affette da mancinismo, le percentuali di invalidità previste per l'arto superiore destro e la mano destra, varranno per l'arto superiore sinistro e la mano sinistra e viceversa.

Se la lesione comporta una minorazione anziché la perdita totale, le percentuali della tabella sopraindicata vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella di cui sopra, l'indennizzo é stabilito in riferimento alle percentuali dei casi indicati, tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

Nel caso l'infortunio determini menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con criteri aritmetici fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso.

La perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale d'invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna lesione, con il massimo del 100%

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

Nei casi di invalidità permanente non specificati, l'indennità è stabilita tenendo conto della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.

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

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

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

Questi massimi valgono anche se l'ernia è bilaterale.

Qualora insorga contestazione circa l'operabilità o meno dell'ernia, la decisione sarà rimessa al collegio arbitrale.

Nei casi di invalidità permanente non specificati, l'indennità è stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi elencati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla sua professione.

Nei casi di invalidità permanente di grado pari o superiore al **65%** sarà liquidata l'indennità pari all'intero capitale assicurato.

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 agli eredi dell'Assicurato l'importo liquidato od offerto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

3.17 - Rimborso spese mediche a seguito di infortunio

Per ogni infortunio la Società assicura il rimborso delle spese per:

- ricovero o intervento chirurgico in day hospital: spese sostenute per degenza in istituto di cura per onorari di medici, cure mediche, esami, diritti di sala operatoria, materiale di intervento, trattamenti; riabilitativi, rette di degenza;
- prestazioni sanitarie extra-ricovero: spese sostenute per accertamenti diagnostici, onorari medici, interventi chirurgici ambulatoriali, cure mediche, trattamenti riabilitativi, noleggio apparecchiature terapeutiche e/o ortopediche, cure e protesi dentarie;
- intervento riparatore di danno estetico (deturpazione obiettivamente constatabile): spese sostenute per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico, nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica.
- trasporto dell'assicurato in ospedale o in clinica ed il ritorno a casa effettuato con ambulanza;
- prestazioni medico infermieristiche, medicinali, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari incluse le carrozzelle ortopediche

La Società effettua il rimborso previa presentazione dei documenti giustificativi di spesa in originale. La presente garanzia vale fino a concorrenza per persona infortunata per **TUTTE LE SEZIONI di euro 2.000,00**. A maggior chiarimento si precisa che per ricovero si intende almeno un pernottamento nell'istituto di cura.

3.18 – Caso di Inabilità temporanea

Si considera inabilità temporanea l'incapacità dell'Assicurato ad attendere, per un periodo di tempo limitato, alle sue occupazioni. Qualora sia provato che l'infortunio ha causato l'inabilità temporanea, la Società con riferimento alla natura e conseguenza delle lesioni riportate dall'assicurato, liquida l'indennità giornaliera integralmente, per tutto il tempo in cui l'Assicurato si è trovato nell'incapacità fisica, anche parziale, di attendere alle occupazioni medesime.

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 per inabilità temporanea viene corrisposta per un periodo massimo di 300 giorni da quello dell'infortunio regolarmente denunciato.

4.00 – CONDIZIONI PARTICOLARI

4.01 - Anticipo indennizzo per invalidità permanente

L'Assicurato avrà diritto di ottenere, su esplicita richiesta, il pagamento di un acconto pari al 50% del presumibile ammontare dell'indennizzo per invalidità permanente da conguagliarsi in sede di definitiva liquidazione del sinistro, a condizione che:

- o non esistano dubbi sull'indennizzabilità dell'infortunio, da parte della Società;
- o sia stato accertato da parte della Società come prevedibile, un grado di invalidità permanente superiore al 25%.

Quanto sopra senza che l'acconto costituisca impegno definitivo della Società sul grado di invalidità permanente da liquidarsi.

L'obbligo della Società sorgerà comunque non prima che siano trascorsi 60 (sessanta) giorni dal termine delle cure mediche.

5.00 - CONDIZIONI REALTIVE ALLA DENUNCIA DEI SINISTRI

5.01-Denuncia dei sinistro e comportamenti successivi

La denuncia dell'infortunio, con l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che lo determinarono, corredata di certificato medico, deve essere fatta per iscritto alla Direzione della Compagnia o all'Agenzia alla quale é stata assegnata la polizza, entro 30 giorni dal sinistro o dal momento in cui il Contraente, l'Assicurato o i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità.

Successivamente l'Assicurato deve inviare certificati medici sul decorso delle lesioni.

L'Assicurato o, in caso di morte, il beneficiario devono consentire le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dalla Compagnia

5.02 - Criteri di indennizzabilità

La Compagnia corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio può avere esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili. Parimenti, nei casi di preesistente mutilazione o difetto fisico, l'indennità per invalidità permanente é liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivato dalle condizioni preesistenti, fermo quanto stabilito dal punto 4.3 - Invalidità permanente.

5.03-Cumulo di indennità

L'indennità per invalidità temporanea, rimborso delle spese mediche sono cumulabili con quella per morte o 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 Compagnia 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 in caso contrario.

5.04 - Clausola Arbitrale

Le controversie mediche sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni, sul grado di invalidità permanente, sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti al punto 5.2 - Criteri di indennizzabilità, le Parti demandano per iscritto la decisione ad un Collegio di tre Medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei Medici.

Il Collegio Medico risiede nel comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

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

E' data facoltà al Collegio Medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisionale dell'indennizzo.

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 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.

5.05 - Assicurazione per i casi d'infortunio del quale il Contraente sia civilmente responsabile La Compagnia 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, a completa tacitazione dell'infortunio, l'indennizzo liquidato ai sensi della presente polizza ed avanzino nei confronti del Contraente stesso maggiori pretese a titolo di responsabilità civile. Verificatosi tale caso il predetto indennizzo viene accantonato destinandolo all'ammontare del risarcimento e la Compagnia 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 del punto 3.7 - Rischio volo

5.06 – Rinuncia alla rivalsa

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi causa al diritto spettante all'Assicuratore, che abbia pagato l'indennità, di surrogarsi (V. art. 1916 C.C.) nei diritti dell'Assicurato, che potrà così esercitarli integralmente nei confronti dei terzi responsabili

5.07 Coassicurazione e delega

Qualora l'Assicurazione fosse divisa per quote fra diverse Società Coassicuratrici, in caso di sinistro le Società stesse concorreranno nel pagamento dell'indennizzo, liquidato a termini delle Condizioni di Assicurazione in proporzione della quota da esse assicurata, esclusa ogni responsabilità solidale.

Il Contraente dichiara di avere affidato la gestione del presente contratto al Broker incaricato e le Società hanno convenuto di affidare la delega alla Società Delegataria indicata in esso; di conseguenza tutti i rapporti inerenti la presente Assicurazione saranno svolti per conto del Contraente dal Broker incaricato il quale tratterà con la Delegataria.

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

Le Società coassicuratrici riconoscono come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di gestione compiuti dalla Delegataria per conto comune fatta soltanto eccezione per l'incasso dei premi di polizza il cui pagamento verrà effettuato nei confronti di ciascuna Società.

La sottoscritta Società Delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle Coassicuratrici indicate nell'atto suddetto (polizza o appendice) a firmarlo anche in loro nome e per loro conto.

Pertanto la firma apposta dalla Direzione della Società Delegataria sul Documento di Assicurazione, lo rende ad ogni effetto valido anche per le quote delle Coassicuratrici.

Il dettaglio dei capitali assicurati, dei premi, accessori e imposte, spettanti a ciascuna Coassicuratrice, risulta dall'apposito prospetto allegato alla presente Polizza.

6.00 – PARTITE ASSICURATE E FRANCHIGIE

6.01 – FRANCHIGIE sulla Invalidità Permanente

La somma assicurata per invalidità permanente è soggetta alle seguenti franchigie assolute:

- 5% sulla somma eccedente 258.000,00€ e fino a 516.000,00€
- 10% sulla somma eccedente 516.000,00€

Per invalidità permanenti di grado superiore al 20% della totale, la Società liquida l'indennità senza deduzione di alcuna franchigia.

6.02 – PARTITE ASSICURATE

Sezione I) AMMINISTRATORI E DIFENSORE CIVICO

La garanzia è prestata per gli infortuni subiti dagli Amministratori dell'Ente Contraente e dal Difensore Civico durante lo svolgimento delle loro mansioni per conto dell'Ente Contraente compresi i rischi della circolazione stradale per la partecipazione a riunioni, sopralluoghi e comunque nello svolgimento di ogni incarico inerente la mansione ricoperta, compreso il rischio in itinere

Somme assicurate per persona

Caso morte 258.000,00€

Caso I.P. 516.000,00€

N. Soggetti preventivamente assicurati

18

Premio lordo procapite

€.....

Si precisa che sino alle nuove elezioni il numero effettivo degli amministratori sarà 41. La relativa quota di premio sarà regolata in fase di regolazione premio alla fine della prima annualità assicurativa.

Sezione II) SEGRETARIO GENERALE E DIPENDENTI IN MISSIONE (D.P.R. n.333 del 03/08/1990)

contro gli infortuni sofferti dal segretario generale e dai **dipendenti e collaboratori** (incluse le persone non in diretto rapporto di dipendenza con il Contraente, ma della cui opera esso si avvalga a qualsiasi titolo) coperti e non dall'Inail, autorizzati a servirsi del

mezzo di trasporto proprio, a loro in uso o comunque di proprietà, uso o locazione alla Contraente per missioni autorizzate ex d.lgs 333 del 3/8/1990.

Sono inoltre compresi gli infortuni sofferti dai dipendenti ed il Segretario Generale in qualità di conducenti o trasportati dei mezzi di trasporto in proprietà o in locazione alla Contraente.

Si precisa che il Contraente è esonerato dall'obbligo di preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurati; per l'individuazione di tali elementi e per il computo del premio si farà riferimento alle risultanze dei registri o altri documenti equipollenti sui quali il Contraente si impegna a registrare data e luogo della trasferta; generalità del dipendente autorizzato; n. km percorsi.

Somme assicurate per persona

Caso morte 155.000,00€

Caso I.P. 155.000,00€

N. Km preventivi percorsi	10.000
Premio lordo per Km percorso	€.....

Sezione III) SQUADRE VOLONTARI ANTINCEDIO

contro gli infortuni subiti dalle **persone** appartenenti alle squadre antincendio in occasione del servizio svolto in nome e per conto dell'Ente Contraente; Si precisa che tali soggetti non operano mai contemporaneamente ed i relativi dati sono rilevabili dai documenti amministrativi della Contraente.

Somme assicurate per persona

Caso morte 100.000,00€

Caso I.P. 100.000,00€

N. soggetti assicurati	270
N. giornate previste globalmente per annualità assicurativa	65
Premio lordo per giornata/persona	€.....

Sezione IV) SQUADRA VOLONTARI PROTEZIONE CIVILE

contro gli infortuni subiti dalle **persone** appartenenti alle squadre di volontari di protezione civile durante le loro attività. Sono compresi gli infortuni subiti durante il tragitto da e per l'abitazione. Nelle attività si intendono incluse anche i corsi di aggiornamento, le esercitazioni anche se organizzate da altri Enti e/o Associazioni.

L'assicurazione vale anche per le attività di collaborazione con altri Enti competenti in caso di Protezione Civile.

Si precisa che tali soggetti non operano mai contemporaneamente ed i relativi dati sono rilevabili dai documenti amministrativi della Contraente.

Somme assicurate per persona

Caso morte 100.000,00€

Caso I.P. 100.000,00€

N. soggetti assicurati	1300
N. giornate previste globalmente per annualità assicurativa	50
Premio lordo per giornata/persona	€.....

Sezione V) STAGISTI e BORSISTI

contro gli infortuni subiti da stagisti o borsisti durante l'espletamento delle mansioni svolte per nome per conto dell'Ente Contraente.

Si precisa che tali soggetti non operano mai contemporaneamente ed i relativi dati sono rilevabili dai documenti amministrativi della Contraente.

Somme assicurate per persona

Caso morte 100.000,00€

Caso I.P. 100.000,00€

N. soggetti assicurati	300
N. giornate previste globalmente per annualità assicurativa	18.000

Premio lordo per giornata/persona	€.....
--	--------

Sezione VI) GUARDIE ITTICO-VENATORIE VOLONTARIE

contro gli infortuni subiti dalle persone appartenenti alle Guardie Ittico Venatorie Volontarie in occasione del servizio svolto in nome e per conto dell'Ente Contraente.

Tali soggetti non operano mai contemporaneamente ed i relativi dati sono rilevabili dai documenti amministrativi della Contraente.

Somme assicurate per persona

Caso morte 100.000,00€

Caso I.P. 100.000,00€

N. soggetti assicurati	65
N. giornate previste globalmente per annualità assicurativa	1000
Premio lordo per giornata/persona	€.....

Determinazione e regolazione del premio

Il premio annuo lordo, conteggiato in base ai costi sottoindicati, viene anticipato in via provvisoria nella misura del 75% :

Sezione	Soggetti assicurati	Novero assicurati	Premio procapite	Premio totale
<i>Sezione I)</i>	Amministratori e difensore civico	18 persone	€.....	€.....
<i>Sezione II)</i>	Segretario Generale e dipendenti in missione	Km 10.000	€.....	€.....
<i>Sezione III)</i>	Squadra volontari antincendio	n. 270 per 65 giornate	€.....	€.....
<i>Sezione IV)</i>	Squadra volontari protezione civile	n. 1300 per giornate 50	€.....	€.....
<i>Sezione V)</i>	Stagisti /borsisti	n. 300 borsisti/stagisti per 18.000 giornate	€.....	€.....
<i>Sezione VI)</i>	Guardie ittico venatorie volontarie	n. 65 per 1000 giornate	€.....	€.....
TOTALE	PREMIO ANNUO LORDO		Euro	

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

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 fermo il premio minimo stabilito in polizza.

Si intende operante un premio imponibile minimo - comunque acquisito - pari al 75% del premio imponibile annuo.

A tale scopo entro 120 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione l'Assicurato deve fornire per iscritto alla Società i dati necessari per il conteggio del premio consuntivo. Le differenze attive risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei 90 giorni successivi al ricevimento da parte del Contraente dell'apposita appendice di regolazione emessa dalla Società.

Se l'Assicurato non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti od il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società deve fissargli, mediante atto formale di messa in mora, un ulteriore termine non inferiore a 30 giorni dandone comunicazione scritta, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto od a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo annuo per il quale non ha avuto luogo la regolazione od il pagamento della differenza attiva e la garanzia resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto i suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

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

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

Il Contraente

la Società

Ai fini degli artt. 1341 e 1342 del C.C. il sottoscritto dichiara di avere attentamente letto e di approvare espressamente le disposizioni contenute nei seguenti articoli delle Condizioni Generali:

art. 3.10 Limiti di età

art. 5.01 Denuncia di sinistro e comportamenti successivi

art. 5.04 Clausola Arbitrale

art. 2.40 Recesso in caso di sinistro

l'Assicurato/Contraente

la Società
