



**POLIZZA DI ASSICURAZIONE
INFORTUNI CUMULATIVA**

La presente polizza è stipulata tra

**COMUNE DI CASTELLETTO SOPRA TICINO
P.ZZA F.LLI CERVI 7
28053 CASTELLETTO SOPRA TICINO
P.I.:00212680037**

e

**Società Assicuratrice
Agenzia di
Polizza n
CIG**

Durata del contratto

**Dalle ore 24.00 del : 30.04.2018
Alle ore 24.00 del : 31.12.2020**

Con scadenze dei periodi di assicurazione 31.12
successivi al primo fissati

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

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

A parziale deroga dell'art. 1901 del C.C. le garanzie saranno valide anche se il premio sarà corrisposto entro 60 (sessanta) giorni successivi alla data di decorrenza dell'assicurazione.

Se l'Assicurato non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 60° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze (art. 1901 C.C.).

2.06 - Durata e proroga dell'Assicurazione

Il contratto ha la durata indicata in frontespizio e cesserà irrevocabilmente alla scadenza del detto periodo. Tuttavia alle parti è concessa la facoltà di rescindere il contratto ad ogni scadenza annuale con lettera raccomandata da inviarsi 30 giorni prima della suddetta scadenza.

E' facoltà del Contraente, entro la naturale scadenza del contratto, richiedere alla Società una proroga temporanea della presente assicurazione, finalizzata all'espletamento od al completamento delle procedure di aggiudicazione della nuova assicurazione. La Società, a fronte della corresponsione del relativo rateo di premio, si impegna sin d'ora a prorogare in tal caso l'assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche per un periodo di 120 giorni decorrenti dalla scadenza.

Il Contraente, a seguito di intervenuta disponibilità di convenzioni Consip o accordi quadro resi disponibili da centrali di committenza (art. 1, comma 13, DL 95/2012 convertito in Legge 135/2012), si riserva di recedere dal contratto qualora accerti condizioni più vantaggiose rispetto a quelle praticate dall'affidatario, nel caso in cui la Società non sia disposta ad una revisione del prezzo in conformità a dette iniziative. Il recesso diverrà operativo previo invio di apposita comunicazione, e fissando un preavviso non inferiore ai 15 giorni. In caso di recesso verrà rimborsato al Contraente la parte di premio versato e non goduto al netto delle relative imposte.

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 INSUBRIASS SRL, con sede legale in Varese, Via Avegno 1, iscritta al RUI – Sezione B – con il n. 479911 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 INSUBRIASS SRL 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- Tracciabilità dei flussi finanziari

In conformità a quanto previsto dall'Art. 3, commi 8 e 9, della L. 136/2010 (Piano straordinario contro le mafie, nonché delega al Governo in materia di normativa antimafia), il Contraente, gli Assicuratori e il Broker assumono tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari previsti dalla medesima L. 136/2010 con particolare riferimento alle disposizioni contenute all'Art. 3 commi 8 e 9. Il Codice identificativo di Gara relativo al presente contratto è

2.15 - Clausola risolutiva espressa

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 all'Art. 2.13 che precede.

Il Contraente, gli Assicuratori o 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 L. 136/2010 deve manifestare immediatamente la volontà di avvalersi della clausola risolutiva, informandone, a mezzo comunicazione scritta, il Contraente e/o gli Assicuratori e la Prefettura o l'Ufficio Territoriale del Governo territorialmente competente.

2.16 - 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, 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.

3.02 – Estensione territoriale e di risarcimento

L'assicurazione vale per i danni od eventi che si verificano 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 aereoclubs;
- 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 all'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 è 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 45% 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, noleggi 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.

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 2.500,00**

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.

3.19 - Garanzia relativa alla diaria per ricovero ospedaliero

In caso di ricovero dell'assicurato in ospedale, clinica privata o casa di cura, reso necessario a causa di infortunio e/o malattia contratta nello svolgimento dell'attività assicurata o se a seguito dell'infortunio è resa necessaria l'applicazione di gessature o di tutore immobilizzante equivalente, la Compagnia corrisponderà, per ogni giorno di degenza, l'**indennità giornaliera** convenuta in polizza con un massimo di **180 giorni per evento dovuto ad infortunio ed a 60 giorni per evento dovuto a malattia**, sulla base di copia della cartella clinica attestante durata e causa del ricovero del 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.

Sono esclusi i ricoveri conseguenti:

- a) direttamente da situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione del contratto già note all'assicurato ;
- b) alla cura di malattie mentali, dell'epilessia, del diabete, delle malattie professionali così definite dal D.P.R. 20/6/1965 n° 1124;
- c) all'aborto volontario e terapeutico, da malattie dipendenti da gravidanza, parto o puerperio e agli interventi di carattere estetico non dovuti ad infortunio verificatosi durante il periodo di validità dell'assicurazione, a cure e protesi dentarie, ad infortuni esclusi a termini di polizza;
- d) alla cura di intossicazioni derivanti da abuso di alcolici, ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di stupefacenti o psicofarmaci;
- e) a cure ed interventi per la eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti all'ingresso in assicurazione;
- f) direttamente od indirettamente da trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure da radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- g) da malattie che non siano state contratte e/o connesse con l'attività di volontariato assicurata con la presente polizza.

Termini di aspettativa:

per ogni persona assicurata la garanzia per il caso di malattia prende effetto, per quanto riguarda il giorno di decorrenza dell'assicurazione, dalle ore 24 del 30° giorno successivo a quello in cui l'assicurato è stato iscritto nel registro dei volontari antincendio del Comune Contraente.



In caso di variazioni intervenute in corso di contratto nelle somme assicurate per la presente indennità, i termini di aspettativa suddetti decorrono - per le maggiori somme eventualmente garantite - dalla data della variazione stessa.



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 congruarsi 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'invalità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria 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

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.

L'indennizzo per l'invalidità permanente, viene liquidato nel modo seguente.

- non si fa luogo ad indennizzo se l'invalidità permanente è di grado inferiore al 3%; qualora invece l'invalidità permanente risulti superiore a tale percentuale, l'indennizzo viene liquidato soltanto per la parte eccedente.
- Per tutte le sezioni, nel caso in cui l'invalidità permanente sia di grado superiore al 45% del totale la Compagnia liquiderà per intero la somma assicurata.

6.02 – PARTITE ASSICURATE e SOMME ASSICURATE

Sez I) Infortuni professionali degli amministratori

L'assicurazione è prestata contro gli infortuni di tutti gli **amministratori** nell'ambito dell'espletamento del loro mandato compreso l'utilizzo dei veicoli di proprietà e non;

Garanzia	Massimale
Caso Morte	€.100.000,00
Caso Invalidità Permanente	€.200.000,00

numero a preventivo	6
---------------------	---

Sez II) infortuni dei Volontari e collaboratori in genere

L'assicurazione copre ogni infortunio professionale che possano subire i volontari, esclusi gli addetti alla Protezione Civile, i collaboratori in genere che svolgono servizi di pubblica autorità e attività di supporto ai servizi comunali, come ad es: pulizia e piccola manutenzione, giardinaggio, sorveglianza, e direzione traffico (a.e."nonni vigili") e quant'altro predisposto dal Comune secondo determina.

Si precisa che qualora detti volontari si trovino alla guida di mezzi dell'ente troverà applicazione la sezione I) del presente capitolato

Garanzia	Massimale
Caso Morte	€.100.000,00
Caso Invalidità Permanente	€.100.000,00

Numero assicurati a preventivo	5
--------------------------------	---

Sez IV) infortuni dei bambini iscritti all'asilo nido

L'assicurazione è prestata contro gli infortuni subiti dai **bambini** degli **asili nidi** gestiti dall'Ente durante le



attività scolastiche e extrascolastiche , compreso pre e dopo scuola

Garanzia	Massimale
Caso Morte	€ .100.000,00
Caso Invalidità Permanente	€ .100.000,00

Numero assicurati a preventivo	45
--------------------------------	----

Sez V) infortuni condannati alla pena del lavoro di pubblica utilità

L'assicurazione è prestata contro gli infortuni subiti dai **condannati ai lavori di pubblica utilità** durante lo svolgimento dell'attività non retribuita in favore della collettività.

Garanzia	Massimale
Caso Morte	€ .100.000,00
Caso Invalidità Permanente	€ .100.000,00

Numero assicurati a preventivo	1
--------------------------------	---

Sez VI) infortuni dei partecipanti alle manifestazione promosse dal Contraente

L'assicurazione è prestata contro gli infortuni subiti dai **partecipanti alle manifestazioni promosse dal Contraente a qualsiasi titolo** quali – a titolo puramente indicativo e non limitativo - sportivo, culturale e sociale ,giornate ecologiche, ect., limitatamente alla permanenza e partecipazione alla stessa compresi eventuali trasferimenti facenti parte della manifestazione.

Garanzia	Massimale
Caso Morte	€ .75.000,00
Caso Invalidità Permanente	€ .100.000,00

Numero persona per giornata di presenza	1
---	---

Il Contraente si impegna a denunciare per iscritto alla Compagnia - alla fine di ogni annualità assicurativa - le variazioni numeriche che si fossero verificate rispetto a quelle sotto riportate e che sono prese a base per la determinazione del premio annuo anticipato.

Sezione	Premio lordo annuo procapite	Nr iniziale /km preventivati	Premio lordo
I) Amministratori		6	
II) Infortuni dei volontari e collaboratori in genere		5	



III) Infortuni dei bambini iscritti all'asilo nido		45	
IV) Infortuni condannati alla pena del lavoro di pubblica utilità		1	
V) Infortuni dei partecipanti alle manifestazioni promosse dal Contraente		1	

Il Contraente si impegna a denunciare per iscritto alla Compagnia - alla fine di ogni annualità assicurativa - le variazioni numeriche che si fossero verificate rispetto a quelle sotto riportate e che sono prese a base per la determinazione del premio annuo anticipato.

PREMIO ANNUO LORDO

Euro.....

ANTICIPATO al 30.04.2018

Sez. I sez. II +sez. III + sez. IV+ sez. V

Per l'identificazione degli Assicurati e delle menzionate attività per le quali è prestata l'assicurazione, farà fede la documentazione amministrativa tenuta dal Contraente.

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

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. 2.04 Recesso in caso di sinistro

l'Assicurato/Contraente

la Società
