



LOTTO 6

COPERTURA ASSICURATIVA INFORTUNI

PUBBLICA AMMINISTRAZIONE

La presente polizza è stipulata tra

Comune di Desenzano del Garda

Via G.Carducci n. 4
25015 Desenzano del Garda (BS)
C.F. 00575230172

e

Società

.....

Durata del contratto

Dalle ore 24 del **31.12.2020**

alle ore 24 del **30.06.2024**

con scadenza dei periodi di assicurazione successivi al primo fissati al **30.06**

SCHEDA DI POLIZZA	
NUMERO DI POLIZZA	
CONTRAENTE	COMUNE DI DESENZANO DEL GARDA
SEDE LEGALE	Via G. Carducci n. 4 – 25015 Desenzano del Garda (BS)
CODICE FISCALE / PARTITA I.V.A.	00575230172
ATTIVITÀ SVOLTA	Ente Locale – Pubblica Amministrazione
DURATA DELLA POLIZZA	Effetto: dalle ore 24 del 31.12.2020 Scadenza: alle ore 24 del 30.06.2024
OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	Infortuni come da specifiche categorie di polizza assicurate
PREMIO IMPONIBILE ANNUO	€
IMPOSTE	€
PREMIO LORDO ANNUO	€
BROKER – INTERMEDIARIO	Aon S.p.A.
ALIQUOTA PROVVISORIALE BROKER	1%
CORRISPONDENTE – COVERHOLDER	

DEFINIZIONI

Assicurazione	Il contratto di assicurazione
Polizza	Il documento che prova e regola l'assicurazione
Contraente	Il soggetto che stipula il contratto di assicurazione in nome proprio e nell'interesse di chi spetta
Assicurato	Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione e più precisamente quelle indicati nelle Categorie di Assicurati
Società/Assicuratori	La compagnia assicuratrice, o il gruppo di compagnie, che ha assunto il presente rischio
Broker	L'Impresa di brokeraggio assicurativo alla quale, per incarico conferito dal contraente, è affidata la gestione dell'assicurazione
Premio	La somma dovuta dal Contraente alla Società
Sinistro	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione
Rischio	La probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne
Indennità	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro
Infortunio	Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili
Mezzo di trasporto	Autoveicoli, motoveicoli, ciclomotori, velocipedi
Beneficiario	La/e persona/e alla quale viene liquidata l'indennità spettante calcolata a sensi di polizza

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE**ART. 1 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO**

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, non avvenute in buona fede, 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 C.C.

ART. 2 - DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE - PAGAMENTO DEL PREMIO

L'assicurazione decorre, con copertura immediata, dalle ore 24 del giorno indicato in polizza.

Il Contraente pagherà all'intermediario incaricato:

- ✓ entro 60 giorni dalla data di effetto del contratto, il premio riferito al primo periodo assicurativo;
- ✓ entro 60 giorni da ciascuna successiva data di scadenza (annuale o semestrale), il premio riferito al periodo assicurativo in corso;
- ✓ entro 60 giorni dalla data di ricezione da parte del Contraente (anche mediante posta elettronica) il premio riferito alle appendici correttamente emesse dalla Società. Resta comunque inteso che l'assicurazione decorrerà con copertura immediata dalle ore 24 del giorno indicato nel documento di variazione.

Il premio annuale è interamente dovuto ancorché sia stato pattuito il frazionamento semestrale.

Trascorsi i termini sopra indicati, l'assicurazione resterà sospesa e riprenderà la sua efficacia dalle ore 24 del giorno del pagamento del premio, ferme restando le scadenze contrattuali stabilite e il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Ai sensi dell'art. 48 e 48 bis del D.P.R. 602/1973 ss.mm.ii. la Società dà atto che l'assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuate dal Contraente ai sensi del D.M.E.F. 40/2008 ss.mm.ii., ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'art. 3 del Decreto.

Il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'art. 72 bis del D.P.R. 602/1973 ss.mm. ii. costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 del Codice Civile nei confronti della Società stessa.

L'assicurazione è altresì operante fino al termine delle verifiche e dei controlli che il Contraente deve effettuare in capo all'aggiudicatario della presente polizza circa il possesso dei requisiti di partecipazione richiesti nel bando e nel disciplinare di gara, nonché quelli richiesti dalle vigenti disposizioni normative per la stipula dei contratti con le Pubbliche Amministrazioni, ex artt. 32 e 33 del D.Lgs. 50/2016 ss.mm.ii., anche qualora dette verifiche e controlli eccedessero temporalmente rispetto ai termini di mora previsti nel presente articolo in relazione al pagamento della prima rata.

ART. 3 - FORMA DELLE COMUNICAZIONI E MODIFICHE DELL' ASSICURAZIONE

Oltre che a mezzo di raccomandata le comunicazioni relative al presente contratto possono essere fatte, e debbono quindi ritenersi valide, anche a mezzo posta certificata o altro documento con data certa. Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

ART. 4 - AGGRAVAMENTO E DIMINUZIONE DEL RISCHIO

L'assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti alla Società o non accettati dalla stessa possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'Art.1898 c.c.

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successivi alla comunicazione dell'Assicurato (Art.1897 C.C.) e rinuncia al relativo diritto di recesso.

ART. 5 - INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO

Resta inteso che, in tutti i casi dubbi, l'interpretazione del contratto sarà quella più favorevole all'Assicurato.

ART. 6 - PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

Valutato il danno, verificata l'operatività della garanzia e ricevuta la necessaria documentazione, la Società provvede al pagamento dell'indennizzo.

ART. 7 – RECESSO PER SINISTRO

Dopo ogni sinistro e fino al trentesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo dovuto, la Società può recedere dal contratto, tramite raccomandata o posta elettronica certificata (PEC) con preavviso di quattro mesi. La Società entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte del premio, al netto dell'imposta relativa al periodo di rischio non corso.

Anche l'Assicurato può recedere dal contratto, con le stesse modalità sopraindicate, nel periodo intercorrente tra ogni denuncia di sinistro ed il trentesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo dovuto, fermo il diritto al rimborso del premio, al netto dell'imposta relativa al periodo di rischio pagato e non goduto.

ART. 8 - ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente.

ART. 9 - CLAUSOLA BROKER

Il Contraente dichiara di avere affidato la gestione della presente polizza ad **Aon S.p.A.** con sede legale in Milano, Via Calindri n. 6 in qualità di Broker, ai sensi del D. Lgs. 209/2005 ss.mm.ii.

Il Contraente, l'Assicurato e la Società si danno reciprocamente atto che ogni comunicazione inerente l'esecuzione della presente Assicurazione avverrà anche per il tramite del Broker incaricato. Pertanto, la Società dà atto che ogni comunicazione fatta dal Contraente e/o Assicurato al Broker si intenderà come fatta alla Società stessa e viceversa, come pure ogni comunicazione fatta dal Broker alla Società si intenderà come fatta dal Contraente e/o Assicurato stesso. Si precisa che qualora le comunicazioni del Contraente comportassero una modifica contrattuale impegneranno la Società solo dopo il consenso scritto. Nelle more degli adempimenti previsti dalla normativa vigente si precisa che, con riferimento all'art. 118 del D. Lgs. 209/2005 ss.mm.ii. e all'art. 55 del Regolamento IVASS 05/2006 ss.mm.ii., il Broker è autorizzato a incassare i premi. La Società, pertanto, riconosce che il pagamento dei premi possa essere fatto dal Contraente tramite il Broker sopra designato; resta intesa l'efficacia liberatoria anche a termine dell'art. 1901 del Codice Civile del pagamento così effettuato.

La remunerazione del Broker è a carico della Società ed è parte dell'aliquota riconosciuta dalla Società alla propria rete di vendita diretta; non potrà quindi, in ogni caso, rappresentare un costo aggiuntivo per l'Ente. Tale remunerazione sarà trattenuta all'atto del pagamento del premio, effettuato dallo stesso Broker, alla Società.

La Società prende altresì atto che non appena scadrà il contratto di brokeraggio assicurativo stipulato dal Contraente con il citato Intermediario, il Contraente stesso comunicherà alla Società il nominativo dell'eventuale nuovo soggetto affidatario dell'infranominato servizio, nonché le condizioni praticate da quest'ultimo.

Clausola broker in presenza di Corrispondente/Coverholder (clausola alternativa ed opzionale)

Con la sottoscrizione del presente contratto di assicurazione si prende atto che il Contraente conferisce mandato di rappresentarlo, ai fini del presente contratto di assicurazione, al Broker indicato all'art. 9 che precede, il quale si avvale per il piazzamento del Corrispondente/ Coverholder indicato in Pertanto:

- a) ogni comunicazione effettuata al Broker dal Corrispondente/Coverholder si considererà come effettuata all'assicurato o al Contraente;
- b) ogni comunicazione effettuata dal Broker al Corrispondente/Coverholder, si considererà come effettuata dall'assicurato o dal Contraente.

La Società conferisce mandato al Corrispondente/Coverholder di ricevere e trasmettere la corrispondenza relativa al presente contratto di assicurazione. Pertanto:

- aa) ogni comunicazione effettuata dal Broker al Corrispondente/Coverholder, si considererà come effettuata alla Società;
- ab) ogni comunicazione effettuata dal Corrispondente/Coverholder al Broker, si considererà come effettuata dalla Società.

ART. 10 - FORO COMPETENTE

Per le controversie diverse da quelle previste dall'art. 29, il Foro competente è esclusivamente quello di Brescia.

ART. 11 - DURATA DELL'ASSICURAZIONE

Il presente contratto ha effetto dalle ore 24.00 del **31/12/2020** scadenza alle ore 24.00 del **30/06/2024** e cesserà automaticamente alla scadenza stessa senza obbligo di disdetta da ambo le parti.

Il premio alla firma viene corrisposto per il periodo dal **31/12/2020** al **30/06/2021** e successivamente sarà da corrispondersi annualmente.

È attribuita alle parti la facoltà di recedere dalla presente polizza a ogni scadenza anniversaria, mediante lettera raccomandata o posta elettronica certificata (PEC) almeno 120 giorni prima di ogni scadenza annuale.

È facoltà del Contraente, entro la naturale scadenza, richiedere alla Società la proroga della presente assicurazione, fino al completo espletamento delle procedure d'aggiudicazione della nuova assicurazione e comunque per un **periodo massimo di 6 mesi**. La Società s'impegna a prorogare l'assicurazione, per il periodo massimo suddetto, alle medesime condizioni contrattuali ed economiche in vigore e il relativo rateo di premio verrà corrisposto nei termini di cui all'articolo 2) DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE - PAGAMENTO DEL PREMIO. Il relativo periodo di proroga sarà conteggiato sulla base di 1/360 del premio annuale della polizza per ogni giorno di copertura.

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

Ai sensi dell'art. 35 D.lgs. 50/2016 ss.mm. e ii., l'Ente contraente si riserva la facoltà di esercitare l'opzione di rinnovo espresso per una durata pari a 2 ANNI, previa adozione di apposito atto.

Questa disposizione non è operante nel caso in cui la Società si sia avvalsa della facoltà di recesso annuo prevista nella presente polizza.

ART. 12 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

IL CONTRAENTE

LA SOCIETA'

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI**ART. 13 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE**

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisce nell'esercizio delle attività professionali principali e secondarie dichiarate dal Contraente (rischi professionali) e/o nello svolgimento di ogni altra attività che non abbia carattere professionale (rischi extra-professionali).

Sono compresi in garanzia anche:

- 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 derivanti dalla pratica di qualsiasi sport, ad eccezione di quanto indicato alla lettera a) dell'Art. 14, del paracadutismo e degli sports aerei in genere; si intendono compresi, pertanto, anche gli infortuni derivanti da:
 - immersioni con autorespiratore nonché le embolie e le conseguenze della pressione dell'acqua;
 - alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai presentanti difficoltà sino al terzo grado della Scala Monaco ed effettuati con guida o alpinista esperto;
- 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, purché non alla guida di veicoli e/o natanti in genere.

L'Assicurazione è estesa agli infortuni derivanti da atti di terrorismo compiuti tramite armi e/o ordigni di tipo convenzionale.

Non sono compresi in garanzia gli infortuni derivanti da atti terroristici posti in essere tramite l'uso di sostanze nucleari, biologiche o chimiche, qualunque sia il tipo di arma e/o ordigno e/o congegno utilizzato per portare a termine l'azione. Sono comunque esclusi dalla garanzia tutti gli infortuni derivanti da atti terroristici cui l'Assicurato abbia partecipato in modo volontario. E' definito "atto di terrorismo" una qualsiasi azione violenta fatta con il supporto dell'organizzazione di uno o più gruppi di persone (anche se realizzata da una persona singola) diretta ad influenzare qualsiasi governo e/o terrorizzare l'intera popolazione o una parte importante di essa, allo scopo di raggiungere un fine politico o religioso o ideologico o etico.

ART. 14 - ESCLUSIONI

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

- a) dalla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente;
- b) da partecipazione a gare e corse (e relative prove) calcistiche e ciclistiche qualora le stesse siano organizzate o svolte sotto l'egida delle rispettive Federazioni sportive;
- c) 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;
- d) gli infortuni derivanti da guerra e insurrezioni, salvo quanto visto all'Art.15 - Rischio Guerra;
- e) gli infortuni derivanti da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;

- f) 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;
- g) gli infortuni derivanti dall'abuso di psicofarmaci o da uso non terapeutico di stupefacenti od allucinogeni;
- h) 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;
- i) le conseguenze di operazioni chirurgiche e di accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio.

ART. 15 - ESTENSIONI DI GARANZIA

RISCHIO GUERRA

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

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.

RESPONSABILITA' DEL CONTRAENTE (ove applicabile)

Qualora il Contraente sia ritenuto responsabile dell'infortunio, l'indennizzo dovuto dalla Società ai sensi della presente polizza sarà imputato nel risarcimento spettante all'Assicurato o ai suoi aventi diritto. La presente disposizione potrà non essere applicata su richiesta scritta da parte del Contraente.

ART. 16 - INFORTUNI AREONAUTICI

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

- da società/aziende di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;
- da aereoclub.

La somma delle garanzie di cui alla presente polizza e eventuali altre assicurazioni stipulate dall'assicurato o da altri in suo favore per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni, non potrà superare per ciascuna persona assicurata i capitali di € 1.500.000,00 per il caso di morte, € 1.500.000,00 per il caso di invalidità permanente totale e € 260,00 giornalieri per il caso di inabilità temporanea, e per aeromobile i capitali di € 5.200.000,00 per il caso morte, € 5.200.000,00 per il caso di invalidità permanente totale e di € 5.200,00 giornalieri per il caso di inabilità temporanea.

In detta limitazione per aeromobile rientrano anche i capitali relative ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze infortuni terrestri cumulative stipulate dallo stesso Contraente. Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedano gli importi suindicati, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno adeguate con riduzione ed imputazione proporzionale sulle singole assicurazioni.

Agli effetti della garanzia, il viaggio aereo si intende cominciato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso.

Le limitazioni dei cumuli sopra indicati restano operanti anche nel caso di indicizzazione della polizza.

La garanzia di cui al presente articolo non è valida nel caso di polizze con durata inferiore ad un anno.

ART. 17 - LIMITI TERRITORIALI E DI RISARCIMENTO

L'assicurazione viene prestata per tutto il mondo. In ogni caso il pagamento delle indennità verrà effettuato in Italia con moneta vigente.

Nel caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più Assicurati, l'esborso a carico della Società non potrà superare la somma complessiva di **€ 5.000.000,00**

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

ART. 18 - LIMITI DI ETÀ

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore ai settantacinque 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.

ART. 19 - PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici.

L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi.

Il Contraente è esonerato dal notificare le malattie, le infermità, le mutilazioni ed i difetti fisici da cui fossero affette le persone assicurate.

ART. 20 - ESONERO DENUNCIA GENERALITÀ DEGLI 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 libri di amministrazione del Contraente.

ART. 21 - 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.

ART. 22 - DENUNCIA DELL'INFORTUNIO ED OBBLIGHI RELATIVI

La denuncia dell'infortunio con una dettagliata descrizione dello stesso e delle sue cause e conseguenze, corredata di certificato medico, deve essere fatta alla Società cui è assegnato il contratto di assicurazione nel termine di 30 giorni dall'infortunio o dal momento in cui l'Assicurato o gli aventi diritto ne abbiano avuto possibilità. Avvenuto l'infortunio, l'Assicurato deve ricorrere alle cure di un medico e seguirne le prescrizioni, nonché informare periodicamente la Società sul decorso delle lesioni.

Quando l'infortunio abbia causato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, deve esserne dato immediatamente avviso telegrafico alla Società.

L'Assicurato, i suoi familiari od aventi diritto devono consentire alla visita di medici della Società ed a qualsiasi indagine che questi ritengano necessaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato stesso.

Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato, salvo che siano espressamente comprese nell'assicurazione.

ART. 23 - CRITERI DI INDENNIZZO

La Società corrisponderà l'indennità per le sole conseguenze dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio può

aver 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 preesistenti casi di mutilazioni o difetti fisici, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette dell'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra e sana, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti, fermo quando stabilito dall'art. 25.

ART. 24 - 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 Società liquida ai beneficiari la somma assicurata per il caso di morte.

Per beneficiari si intendono, salvo diversa designazione da parte dell'Assicurato, gli eredi testamentari o legittimi. In caso di premorienza o commorienza dei beneficiari designati, detta somma sarà liquidata agli eredi testamentari o legittimi.

Qualora l'assicurazione sia stata stipulata in ottemperanza al C.C.N.L. applicabile all'Assicurato, la somma per il caso di morte sarà corrisposta alle persone cui spetta obbligatoriamente in forza del citato C.C.N.L. e solo in mancanza di tali persone si applicherà quanto disposto dai primi due commi del presente articolo.

Vengono parificati al caso di morte, lo stato dichiarato di coma irreversibile da infortunio e il caso in cui l'Assicurato venga dichiarato disperso alle competenti Autorità ed il caso di sentenza di morte presunta, ai sensi dell'Art.60 comma 3 del Codice Civile (vedi precedente art. 15 di polizza).

ART. 25 - INVALIDITA' PERMANENTE

Se l'infortunio ha per conseguenza un'invalidità permanente e questa si verifica entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida per tale titolo un'indennità calcolata sulla somma assicurata per invalidità permanente, secondo la tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria per gli infortuni e le malattie professionali approvata con D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 (per l'Industria) ed in vigore fino al 24.07.2000, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge e con intesa che la liquidazione viene fatta in contanti anziché sotto forma di rendita.

Per gli Assicurati mancini, si conviene che le percentuali di Invalidità Permanente previste dalla citata tabella per l'arto superiore destro, varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa.

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

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 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.

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

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 di cui al successivo art. 29.

Qualora preesista una "non funzionalità totale di un organo od un arto" e le conseguenze dell'infortunio comportino, a causa di tale preesistente menomazione, una invalidità permanente "bilaterale" viene liquidata una indennità pari al:

- 100% della totale nel caso di perdita totale e irrimediabile dell'uso funzionale dell'organo o arto sano;
- doppio del grado di invalidità accertata (con il massimo del 100%) nel caso di perdita parziale dell'uso funzionale dell'organo o arto sano.

Qualora l'invalidità permanente, valutata secondo i criteri indicati, sia pari almeno al 60% verrà corrisposto un indennizzo pari al 100% del capitale assicurato.

INVALIDITA' PERMANENTE – ANTICIPO INDENNIZZO

Qualora trascorsi 3 mesi dal termine delle cure mediche sia prevedibile che all'Assicurato residui un'invalidità permanente di grado pari o superiore al 25%, la Società – quando richiesta – corrisponderà all'Assicurato un anticipo pari al 50% di quello che spetterebbe in base alla previsione, da congruarsi in sede di definitiva liquidazione del sinistro.

ART. 26 - INDENNITA' DA RICOVERO E DA GESSATURA

Se l'infortunio ha per conseguenza un ricovero in Istituto di cura, anche nel caso in cui la degenza avvenga in regime di Day Hospital (degenza diurna), la Società corrisponde l'indennità giornaliera indicata in polizza per la durata massima di giorni 365, anche non consecutivi, da quello dell'infortunio.

L'indennità verrà corrisposta anche qualora, in conseguenza di infortunio, l'Assicurato sia portatore, non degente in Istituto di cura, di un apparecchio gessato o qualsiasi altro mezzo, comunque esterno, di contenimento immobilizzante, in tal caso l'indennità verrà corrisposta fino alla rimozione dell'apparecchio gessato o del tutore immobilizzante.

La Società effettua il pagamento dell'indennizzo su presentazione:

- della cartella clinica nel caso di ricovero;
- di documento sanitario, equivalente alla cartella clinica, nel caso di degenza in Day-Hospital;
- di certificazione medica nel caso di gessatura o di mezzo di contenimento immobilizzante esterno.

ART. 27 - RIMBORSO SPESE MEDICHE A SEGUITO DI INFORTUNIO (operante per tutte le categorie)

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

- onorari dei chirurghi o dell'equipe operatoria;
- uso della sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi terapeutici ed endoprotesi applicati durante l'intervento;
- rette di degenza;
- esami ed accertamenti diagnostici;
- visite specialistiche;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- 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.

Sono altresì comprese le spese per cure, interventi chirurgici e applicazioni effettuate allo scopo di ridurre o eliminare le conseguenze di danni estetici provocati da infortunio.

Qualora l'assicurato venga ritenuto non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera del luogo ove è avvenuto l'infortunio, la Società rimborsa altresì le spese di trasferimento con ambulanza, eliambulanza o aereo in un centro ospedaliero attrezzato alla cura dell'assicurato.

La Società effettua rimborso previa presentazione dei documenti giustificativi di spesa in originale. Il pagamento viene effettuato a cura ultimata.

La presente garanzia vale fino a concorrenza di **€ 10.000,00** per ogni persona infortunata ed è prestata in aggiunta ai capitali assicurati pro-capite per gli appartenenti alle diverse categorie di assicurati di cui alle Condizioni Particolari di Assicurazione.

Nell'ambito del predetto limite si intendono altresì comprese, sino alla concorrenza di **€ 1.000,00** per ogni persona le spese per cure odontoiatriche e protesi dentarie.

ART. 27 BIS RIENTRO SANITARIO (operante limitatamente alle categorie A e B)

La garanzia, nel limite di **€ 3.000,00** per sinistro, è estesa al rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato in caso di infortunio o di malattia che lo colpiscano nel corso di una missione di lavoro disposta dal Contraente e che rendano necessario il suo trasporto in Italia o alla sua residenza.

ART. 27 TER– RIMPATRIO SALMA (operante limitatamente alle categorie A e B)

La garanzia, nel limite di € 3.000,00 per sinistro, è estesa al rimborso delle spese sostenute per il rimpatrio della salma dell'Assicurato, in caso di decesso a seguito di infortunio o malattia che lo colpiscano nel corso di una missione di lavoro disposta dal Contraente, fino al luogo di sepoltura in Italia.

ART. 28 - CUMULO DI INDENNITA'

Le indennità da ricovero e da gessatura ed il rimborso delle spese mediche a seguito di infortunio sono cumulabili con la indennità per morte o per invalidità permanente.

Se dopo il pagamento di una indennità per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio, ed in conseguenza di questo l'Assicurato muore, la Società corrisponderà ai beneficiari designati o, in difetto, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali, la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore, e non chiederà il rimborso nel caso contrario.

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.

ART. 29 - CONTROVERSIE E COLLEGIO ARBITRALE

In caso di disaccordo sulla causa o sulla natura delle lesioni o sulla valutazione delle conseguenze attribuibili all'infortunio, la vertenza viene deferita ad un Collegio Arbitrale che risiede presso il Broker al quale è assegnato il contratto di assicurazione. Il Collegio è composto di tre medici, di cui due nominati dalle Parti, una per ciascuna, ed il terzo d'accordo fra i due primi, o, in difetto, dal Presidente dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio Arbitrale.

Gli arbitri, tenendo presenti le condizioni del contratto di assicurazione, decidono a maggioranza inappellabilmente come amichevoli compositori senza alcuna formalità giudiziaria; le loro decisioni impegnano le Parti anche se l'arbitro dissenziente non le ha sottoscritte.

Ciascuna delle Parti sopporta le spese del proprio arbitro e metà di quelle del terzo.

ART. 30 - RINUNCIA 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.

ART. 31 - ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI

Poiché la presente assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo per quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 del c.c.

ART. 32 - COASSICURAZIONE E DELEGA

Se l'assicurazione è ripartita per quote tra più Società coassicuratrici, rimane stabilito che ciascuna di esse è tenuta in via solidale alla prestazione integrale e ciò in espressa deroga all'art.1911 del Codice Civile.

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 polizza e le singole polizze emesse in applicazione alla stessa, saranno svolti per conto del Contraente dal Broker incaricato il quale tratterà con la Delegataria.

In particolare tutte le comunicazioni inerenti la polizza ivi comprese le comunicazioni relative al recesso ed alla disdetta, devono trasmettersi dall'una all'altra parte solo per il tramite della predetta 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 ogni polizza il cui pagamento verrà effettuato nei confronti di ciascuna Società.

La spettabile all'uopo designata Delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle Coassicuratrici indicate nel riparto a trattare e firmare gli atti per l'esecuzione e le

eventuali variazioni di polizza, anche in loro nome e per conto; pertanto la firma apposta dalla Società Delegataria sui documenti di polizza, li rende ad ogni effetto validi anche per le quote della Società Coassicuratrici che in forza della presente clausola ne conferiscono mandato.

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

Nel caso in cui la presente polizza sia aggiudicata ad un Raggruppamento Temporaneo di imprese, costituitasi a termini di legge, si deroga totalmente al disposto di cui all'art.1911 del c.c., essendo tutte le imprese associate responsabili in solido nei confronti del Contraente/assicurato. La delega assicurativa è assunta dalla Società indicata dal raggruppamento quale Mandataria.

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.

ART. 33 - OBBLIGO DI FORNIRE DATI SULL'ANDAMENTO DEL RISCHIO

La Società si impegna a fornire al Contraente con cadenza annuale e comunque su richiesta del Contraente, il dettaglio dei sinistri, indicando per ogni sinistro:

- a) numero del sinistro della Società;
- b) numero di sinistro del broker;
- c) data di accadimento;
- d) nome dell'infortunato;
- e) stato del sinistro:
 - sinistri riservati (con indicazione dell'importo a riserva);
 - sinistri liquidati (con indicazione dell'importo liquidato);
 - sinistri respinti – senza seguito (mettendo a disposizione, se richiesto, le motivazioni scritte).

Il monitoraggio deve essere fornito progressivamente, cioè in modo continuo ed aggiornato, dalla data di stipula della polizza fino a quando non vi sia l'esaurimento di tutte le pratiche, pertanto anche successivamente alla scadenza della polizza, entro trenta giorni dalla sua richiesta, fatta dal Contraente o dal broker per suo conto.

La documentazione di cui sopra dovrà essere fornita al Contraente mediante supporto informatico, in formato excel, compatibile ed utilizzabile dal Contraente stesso.

Gli obblighi precedentemente descritti non potranno impedire al Contraente di chiedere e di ottenere un aggiornamento, con le modalità di cui sopra, in date diverse da quelle indicate.

ART. 34 – TRACCIABILITA' DEI FLUSSI FINANZIARI

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

Qualora la Società non assolva ai suddetti obblighi, il presente contratto si risolve di diritto ai sensi del dell'art. 3, comma 8, della L. 136/2010 ss.mm. ii.

Art. 35 – TRATTAMENTI DEI DATI

Ai sensi della normativa vigente (Regolamento UE 679/2016 D.Lgs. 196/2003 ss.mm.ii.), ciascuna delle parti (Contraente, Società, Broker, assicurato) consente il trattamento dei dati personali rilevabili dalla polizza o che ne derivino, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali.

IL CONTRAENTE

LA SOCIETA'

Ai fini degli artt. 1341 e 1342 del Cod. Civile. i sottoscritti dichiarano di avere attentamente letto e di approvare espressamente le disposizioni contenute nei seguenti articoli delle Condizioni Generali:

- art. 7 recesso per sinistro;
- art. 10 deroga alla competenza territoriale;
- art. 17 limite di risarcimento in caso di infortunio che colpisca più assicurati;
- art. 18 automatica cessazione dell'efficacia al raggiungimento del 75.mo anno di età
dell'Assicurato anche se c'è stato incasso del premio;
- art. 22 denuncia dell'infortunio ed obblighi relativi;
- art. 29 deferimento delle controversie al collegio arbitrale.

IL CONTRAENTE

LA SOCIETA'

CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE**ASSICURATI:**

Sono assicurati gli appartenenti alle seguenti categorie per i capitali e le attività indicate nelle relative schede seguenti.

CATEGORIE	ASSICURATI
A	AMMINISTRATORI COMUNALI Sindaco, Assessori, Consiglieri
B	DIPENDENTI
C	FREQUENTANTI CENTRI ORGANIZZATI DAL COMUNE AVENTI AD OGGETTO ATTIVITA' RICREATIVE, EXTRA SCOLASTICHE E DI AGGREGAZIONE
D	FREQUENTANTI ASILO NIDO COMUNALE
E	VOLONTARI, SOGGETTI MESSI IN PROVA

CATEGORIA A**AMMINISTRATORI COMUNALI**
(Sindaco, Assessori, Consiglieri)**Oggetto dell'assicurazione**

L'assicurazione vale per gli infortuni subiti a causa ed in occasione dell'espletamento di tutte le attività connesse e collegate alla carica di Amministratore compreso il rischio in itinere nonché eventuali trasferte in genere. La garanzia è operante sia quando la sede di partenza risulti essere il luogo presso il quale l'assicurato presta abitualmente servizio oppure altro luogo.

A titolo esemplificativo e non limitativo si precisa che sono comprese, anche con la partecipazione attiva e non solo di rappresentanza, tutte le attività connesse, collegate, accessorie, complementari e conseguenti, nessuna esclusa né eccettuata, come ad esempio: manifestazioni (sportive, culturali, artistiche, storiche, sociali, politiche e simili), congressi, seminari, simposi, ricevimenti, spettacoli, proiezioni, mostre e fiere, mercati, esposizioni, convegni, inaugurazioni, etc.

Capitali assicurati pro-capite:

Morte	€	260.000,00
Invalità Permanente	€	310.000,00

CATEGORIA B**DIPENDENTI****Oggetto dell'assicurazione**

L'assicurazione vale per gli infortuni subiti dagli assicurati in occasione dell'uso di mezzi di trasporto di loro proprietà o in loro uso, compresi quelli di proprietà, in locazione e/o comodato all'Ente nonché quelli pubblici, per missioni, autorizzate dal Contraente, o espletamento del servizio per conto del Contraente stesso. Sono altresì comprese nell'assicurazione le persone di cui sia stato autorizzato il trasporto.

La garanzia è operante sia quando la sede di partenza risulti essere il luogo presso il quale l'assicurato presta abitualmente servizio oppure altro luogo.

Sono compresi in garanzia gli infortuni subiti:

- ✓ durante la messa in moto del veicolo;
- ✓ in occasione della salita o discesa dal veicolo od operazioni attorno ad esso;
- ✓ in caso di fermata del veicolo durante le operazioni necessarie per la ripresa della marcia o per lo spostamento del veicolo da posizioni di intralcio;
- ✓ nel tentativo di salvataggio del veicolo o dei suoi occupanti;
- ✓ durante la prestazione di assistenza ai trasportati in fase di salita o discesa dal veicolo.

Capitali assicurati pro-capite:

Morte	4 volte la retribuzione annua lorda, con il massimo di €	500.000,00
Invalidità permanente	5 volte la retribuzione annua lorda, con il massimo di:€	600.000,00

Per retribuzione annua lorda si intende: tutto quando, al lordo delle ritenute, al dipendente spetta, su base annua, a compenso delle sue prestazioni, comprese le indennità fisse, i premi, le gratificazioni, i compensi speciali di qualsiasi natura (escluso quanto corrisposto a titolo di rimborso spese), quando pure abbiano carattere transitorio o di contingenza, la partecipazione agli utili e le provvigioni, nonché l'equivalente in denaro di tutte le corresponsioni in natura, purché sul tutto sia conteggiato o conteggiabile il premio di assicurazione.

Franchigia per Invalidità Permanente

Si conviene che, sulla somma eccedente l'importo di € 250.000,00, verrà applicata una franchigia fissa pari al 5%

CATEGORIA C**FREQUENTANTI CENTRI ORGANIZZATI DAL COMUNE AVENTI AD OGGETTO ATTIVITA' RICREATIVE, EXTRA SCOLASTICHE E DI AGGREGAZIONE**Premessa

Il Contraente gestisce dei Centri aventi ad oggetto attività ricreative, extrascolastiche e di aggregazione sociale; il servizio viene usualmente svolto nel periodo che va da settembre a luglio compresi.

Oggetto dell'assicurazione

L'Assicurazione vale per gli infortuni verificatisi ai bambini/e, ragazzi/e, frequentanti i Centri sopraindicati, nell'esercizio delle attività svolte.

La garanzia opera anche durante tutti i trasferimenti effettuati nell'ambito delle attività sopradette con qualsiasi mezzo, esclusi quelli subacquei.

La garanzia inizia dal momento in cui i frequentanti vengono presi in consegna dal personale preposto a cura del Contraente e cessa all'atto della loro riconsegna ai rispettivi familiari o a chi per essi, o comunque quando lasciano il luogo di ritrovo.

Capitali assicurati pro-capite:

Morte	€ 60.000,00
Invalidità Permanente	€ 110.000,00
Diaria ricovero e da gessatura	€ 30,00 al giorno

CATEGORIA D
FREQUENTANTI ASILO NIDO COMUNALE

Premessa

Il Contraente gestisce gli Asili Nido Comunali.

Oggetto dell'Assicurazione

L'Assicurazione vale per gli infortuni verificatisi ai frequentanti l'Asilo Nido Comunale nell'esercizio delle attività svolte.

La garanzia opera anche durante tutti i trasferimenti effettuati nell'ambito delle attività sopradette con qualsiasi mezzo, esclusi quelli subacquei.

La garanzia inizia dal momento in cui i frequentanti vengono presi in consegna dal personale preposto a cura del Contraente e cessa all'atto della loro riconsegna ai rispettivi familiari o a chi per essi, o comunque quando lasciano il luogo di ritrovo.

Capitali assicurati pro-capite:

Morte	€ 60.000,00
Invalidità Permanente	€ 60.000,00
Diaria ricovero e da gessatura	€ 30,00 al giorno

CATEGORIA E
VOLONTARI SOGGETTI MESSI IN PROVA

Premessa

Il Contraente nello svolgimento delle proprie attività e competenze istituzionali si avvale della collaborazione di volontari, impiegati in vari ambiti e progetti anche a carattere temporaneo, nonché di soggetti "Messi in prova" così come previsto dal D.P.R. 448/1988 e ss.mm.ii..

Oggetto dell'Assicurazione

L'Assicurazione vale per gli infortuni subiti dai predetti durante lo svolgimento di tutte le attività svolte per conto del Contraente.

La garanzia opera anche durante tutti i trasferimenti effettuati nell'ambito delle attività sopradette con qualsiasi mezzo, esclusi quelli subacquei.

Capitali assicurati pro-capite:

Morte	€	100.000,00
Invalidità Permanente	€	100.000,00

Franchigia per Invalidità Permanente

Non si farà luogo ad indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado pari o inferiore al 3% della totale. Se l'invalidità permanente supera il 3% della totale, viene corrisposto l'indennizzo solo per la parte eccedente.

CALCOLO DEL PREMIO

Il premio annuo lordo, viene conteggiato in base ai costi finiti (inclusa l'imposta) sotto indicati e viene anticipato in via provvisoria.

Calcolo del premio anticipato annuo lordo

CATEGORIE	ASSICURATI	IMPORTO	
A	AMMINISTRATORI COMUNALI Sindaco, Assessori, Consiglieri € _____ x n. 22 assicurati	€	_____
B	DIPENDENTI Retribuzioni preventivate € 4.600.000,00 x _____ ‰	€	_____
C	FREQUENTANTI CENTRI ORGANIZZATI DAL COMUNE AVENTI AD OGGETTO ATTIVITA' RICREATIVE, EXTRA SCOLASTICHE E DI AGGREGAZIONE € _____ x n. 110 assicurati	€	_____
D	FREQUENTANTI ASILO NIDO COMUNALE € _____ x n. 40 assicurati	€	_____
E	VOLONTARI, SOGGETTI MESSI IN PROVA € _____ x n. 50 assicurati	€	_____

PREMIO LORDO PRIMA RATA DAL 31/12/2020 AL 30/06/2021	€	_____
PREMIO LORDO RATE ANNUALE	€	_____
PREMIO ANNUO LORDO MINIMO comunque acquisito dalla Società, pari al 90% del Premio Annuo Lordo Anticipato	€	_____

Entro 180 giorni dalla fine di ogni anno di assicurazione o periodo di assicurazione, affinché la Società possa procedere alla regolazione del premio definitivo, il Contraente è tenuto a comunicare alla Società stessa i dati consuntivi relativi alle diverse categorie e precisamente:

CATEGORIE	ASSICURATI	IMPORTO
A	AMMINISTRATORI COMUNALI Sindaco, Assessori, Consiglieri	Numero degli assicurati
B	DIPENDENTI	Ammontare delle retribuzioni erogate
C	FREQUENTANTI CENTRI ORGANIZZATI DAL COMUNE AVENTI AD OGGETTO ATTIVITA' RICREATIVE, EXTRA SCOLASTICHE E DI AGGREGAZIONE	Numero degli assicurati
D	FREQUENTANTI ASILO NIDO COMUNALE	Numero degli assicurati
E	VOLONTARI, SOGGETTI MESSI IN PROVA	Numero degli assicurati

Il conteggio del premio per gli assicurati delle categorie di polizza che prevede il parametro "numero degli assicurati" verrà eseguito sulla base del numero degli assicurati calcolati alla scadenza annua o minor periodo di polizza, a prescindere dalle variazioni intervenute in corso d'anno (inserimenti ed esclusioni) che si riterranno comunque assicurati.

Le differenze attive o passive risultanti dalle regolazioni devono essere pagate entro 60 giorni dalla relativa comunicazione.

La mancata comunicazione dei dati occorrenti per la regolazione costituisce presunzione di una differenza attiva a favore della Società.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti ed il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società deve fissargli, mediante atto formale di messa in mora, un ulteriore termine non inferiore 30 giorni, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo all'annualità assicurativa per la quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva. Conseguentemente l'assicurazione resta sospesa fino alle ore 24,00 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare con lettera raccomandata la risoluzione del contratto.

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per gli infortuni accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

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

IL CONTRAENTE

LA SOCIETA'