

POLIZZA DI ASSICURAZIONE INFORTUNI

LOTTO N. 5

La presente polizza è stipulata tra il Contraente

Comune di Arcisate
Via Roma n. 2 – 21051 Arcisate (VA)
C.F / P. IVA 00250810124
N. CIG

e

Compagnia di assicurazione

Nome
Via/Piazza
C.F / P. IVA
.....

Durata della polizza

dalle ore 24.00 del	31.12.2021
alle ore 24.00 del	31.12.2023

Con scadenze dei periodi di assicurazione

successivi al primo fissati

Alle ore 24.00 di	31.12.
-------------------	---------------

DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intendono:

- per SOCIETA' - e le coassicuratrici;
- per ASSICURAZIONE - Il contratto di assicurazione;
- per CONTRATTO DI ASSICURAZIONE - Il documento che prova l'assicurazione;
- per CONTRAENTE - Il Comune di Arcisate
- per ASSICURATO - Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione;
- per PREMIO - La somma dovuta dal Contraente alla Società;
- per RISCHIO - La probabilità che si verifichi il sinistro;
- per INDENNITA' - La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
- per INFORTUNIO - L'evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente costatabili.

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 -Pagamento del premio

L'assicurazione decorre dalle ore 24.00 del giorno indicato in Polizza anche se il pagamento del primo Premio potrà essere effettuato dal Contraente entro 60 (sessanta) giorni successivi al medesimo.

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

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

- l'Assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuata dal Contraente ai sensi del D. M. E. F. del 18 gennaio 2008 n° 40, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'art. 3 del Decreto;
- Il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'art. 72 bis del DPR 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 c.c. nei confronti della Società stessa.

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

Il Premio alla firma decorre dalle ore 24 del 31/12/2021 fino alle ore 24 del 31/12/2023. Le rate successive hanno frazionamento annuale con decorrenza il 31/12/2022 fino alla naturale scadenza al 31/12/2023.

Art. 3 - Modifiche dell'assicurazione

Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art. 4 - Aggravamento 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.

Art. 5 - Diminuzione del rischio

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 rinunciano al relativo diritto di recesso.

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 in caso di sinistro

Dopo ogni denuncia di sinistro e sino al sessantesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo/risarcimento, la società può recedere dall'assicurazione, mediante lettera raccomandata, o posta elettronica certificata (PEC), da inviarsi in firma digitale con preavviso di 120 giorni al termine di ogni annualità assicurativa.

In tal caso la società mette a disposizione del contraente la quota di premio relativa al periodo di rischio pagato e non goduto, esclusi soltanto le imposte ed ogni altro onere di carattere tributario.

Anche l'assicurato/contraente può recedere dall'assicurazione, con le stesse modalità sopraindicate, nel periodo intercorrente tra ogni denuncia di sinistro ed il sessantesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo/risarcimento dovuto, fermo il diritto al rimborso del premio, al netto delle imposte ed ogni altro onere di carattere tributario relativi al periodo di rischio pagato e non goduto.

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

Art. 8 – Oneri fiscali

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

Art. 9 - Clausola Broker

Alla Società Aon S.p.a in è affidata la gestione e l'esecuzione della presente assicurazione in qualità di Broker, ai sensi degli articoli 108 e seguenti del D.Lgs. 209/2005 e ss.mm.ii.

Il Contraente e la Società si danno reciprocamente atto che ogni comunicazione inerente l'esecuzione della presente assicurazione avverrà anche per il tramite del Broker incaricato.

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

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

Art. 10 - Foro competente

Per le controversie riguardanti l'applicazione e l'esecuzione della presente polizza, è competente, a scelta del Contraente, il Foro ove ha sede lo stesso oppure l'Assicurato, fatto salvo quanto previsto dal D.lgs 28/2010.

Art. 11 - Durata dell'assicurazione

La presente Polizza ha durata dalle ore 24.00 del 31/12/2021 e scadenza alle ore 24.00 del 31/12/2023; a tale data la Polizza si intenderà cessata senza obbligo di preventiva disdetta.

E' 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 sei mesi.

La Società s'impegna a prorogare l'Assicurazione, per il periodo massimo suddetto, alle medesime condizioni, contrattuali ed economiche, in vigore ed il relativo rateo di Premio verrà corrisposto entro 60 (sessanta) giorni dall'inizio della proroga. Tale impegno da parte della Società decade qualora sia esercitato il recesso in caso di sinistro di cui alla successiva clausola.

E' comunque nella facoltà delle Parti di disdettare la presente Assicurazione di ogni anno, mediante lettera raccomandata, telegramma o posta elettronica certificata (PEC) da inviarsi in firma digitale almeno 4 (quattro) mesi prima della scadenza annuale.

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

Art. 12 - Rinvio alle norme di legge

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

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Art. 13 - Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni che gli assicurati subiscono mentre, per ordine e per conto del Contraente, svolgono le funzioni previste dalla loro specifica carica dichiarata in polizza, compresi i viaggi di trasferimento e le missioni effettuati con l'impiego di normali mezzi di locomozione.

Pertanto, gli infortuni subiti dagli assicurati nell'esercizio delle loro attività professionali private e delle attività che non abbiano carattere professionale sono esclusi dall'assicurazione.

Si assicurano altresì Terzi in genere.

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 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;

Art. 14 - Esclusioni

Salvo patto speciale non sono compresi nell'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. 15 - 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.

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.

DANNI ESTETICI

In caso di infortunio non escluso dal presente contratto, con conseguenze di carattere estetico, che tuttavia comporti risarcimento a titolo di invalidità permanente, la Società rimborserà fino ad un massimo di € 10.000,00 le spese documentate sostenute dall'Assicurato per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico, nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica.

RIMBORSO SPESE MEDICHE E FARMACEUTICHE

In caso di prestazioni sanitarie, rese necessarie da infortunio, la Società rimborserà le spese sostenute e debitamente documentate nei limiti e per le categorie espressamente richiamate.

Tale somma indennizzerà, a titolo esemplificativo e non limitativo, l'Assicurato per le spese sostenute in occasione di:

1. onorari dei chirurghi e dell'equipe medica;
2. uso della sala operatoria;
3. rette di degenza in ospedali o cliniche;
4. medicinali prescritti dal medico curante;
5. onorari dei medici;
6. accertamenti diagnostici ed ambulatoriali;
7. interventi dentistici ed odontoiatrici;
8. rottura di occhiali e lenti (anche a contatto);
9. applicazione di protesi.

Art. 16 - Infortuni aeronautici

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 € 1.032.914,00 per il caso di morte, € 1.032.914,00 per il caso di invalidità permanente totale e € 259,00 giornaliera per il caso di inabilità temporanea, e per aeromobile i capitali di € 5.164.569,00 per il caso morte, € 5.164.569,00 per il caso di invalidità permanente totale e di € 5.165,00 giornaliera per il caso di inabilità temporanea.

In detta limitazione per aeromobile rientrano anche i capitali riferentisi 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 nazionale.

Nel caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più Assicurati, l'esborso a carico della Società non potrà superare la somma complessiva di € 10.000.000,00.

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 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.

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. 26.

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 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 - Invalidità 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 DPR 30 giugno 1965 n. 1124 e successive modifiche, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge.

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 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. 28.

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 60% sarà liquidata l'indennità pari all'intero capitale assicurato.

Art. 26 - Cumulo di indennità

L'indennità per rimborso spese mediche è cumulabile con quella 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 chiederanno 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. 27 - 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 la filiale di Milano del 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. 28 - 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. 29 - Coassicurazione e delega

Qualora l'Assicurazione fosse divisa per quote tra le diverse Società resta inteso che in caso di sinistro la Società delegataria (in appresso Società) ne gestirà e definirà la liquidazione e le Società coassicuratrici, che si impegnano ad accettare la liquidazione definita dalla Società, concorreranno nel pagamento in proporzione della quota da esse assicurata, ferma restando la responsabilità solidale in capo ad ogni coassicuratore. La Società si impegna, altresì ed in ogni caso, ad emettere atto di liquidazione per l'intero importo dei sinistri ed a rilasciare all'Assicurato quietanza per l'ammontare complessivo dell'indennizzo.

Sempre nel caso in cui l'assicurazione fosse divisa per quote tra diverse Società, con la sottoscrizione della presente Polizza, le Società coassicuratrici danno mandato alla Società a firmare i successivi documenti di modifica anche in loro nome e per loro conto; pertanto la firma apposta dalla Società rende validi ad ogni effetto i successivi documenti anche per le Società coassicuratrici. Sempre nel caso in cui l'assicurazione fosse divisa per quote tra diverse Società, con la sottoscrizione della presente Polizza, le Società coassicuratrici danno mandato alla Società a firmare i successivi documenti di modifica anche in loro nome e per loro conto; pertanto la firma apposta dalla Società rende validi ad ogni effetto i successivi documenti anche per le Società coassicuratrici.

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

Art. 30 - Rendicontazione sinistri

La Società si obbliga a fornire al Contraente, alle scadenze semestrali di ogni anno, il dettaglio di tutti i Sinistri denunciati così impostato:

- Sinistri riservati, con indicazione dell'importo a riserva che dovrà essere mantenuto, sia sui supporti magnetici che sulla documentazione cartacea, anche ad avvenuta liquidazione o ad annullamento "senza seguito" del Sinistro stesso;
- Sinistri liquidati, con indicazione dell'importo liquidato;
- Sinistri respinti e senza seguito, con precisazione scritta delle motivazioni.

Tutti i Sinistri dovranno essere corredati di data di apertura della pratica presso la Società, di data di accadimento del Sinistro denunciato, indicazione dei Beni danneggiati e relativa ubicazione, tipologia dell'evento e data dell'eventuale chiusura della pratica per liquidazione o altro motivo.

Il monitoraggio deve essere fornito progressivamente, cioè in modo continuo ed aggiornato, dalla data d'accensione della copertura fino a quando non vi sia la chiusura di tutti i Sinistri denunciati.

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.

In particolare, nel caso in cui la Società esercitasse la facoltà di recesso in caso di Sinistro, la statistica dettagliata dei Sinistri deve essere fornita in automatico dalla Società entro e non oltre 30 giorni di calendario dalla data in cui il recesso è stato inviato.

L'ASSICURATO/CONTRAENTE

LA SOCIETA'

.....

.....

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. 7. : diritto di recesso delle Parti dopo ogni denuncia di sinistro;
- art. 10.: deroga alla competenza territoriale;
- art. 16.: limite di risarcimento in caso di infortunio aeronautico;
- art. 18.: limite di risarcimento in caso di infortunio che colpisca più assicurati;
- art. 19.: automatica cessazione dell'efficacia al raggiungimento del 85.mo anno di età
- art. 23.: denuncia dell'infortunio ed obblighi relativi;
- art. 28.: deferimento delle controversie al collegio arbitrale.

L'ASSICURATO/CONTRAENTE

LA SOCIETA'

.....

.....

CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE

ASSICURATI: Sono assicurati gli appartenenti alle seguenti categorie per i capitali e le garanzie di seguito indicati:

A) VOLONTARI

Capitali pro-capite

- € 110.000,00 Morte
- € 110.000,00 Invalidità Permanente
- € 15.500,00 Rimborso Spese Mediche

Garanzie

Infortuni subiti a causa ed in occasione dell'attività per conto della Contraente, compreso gli infortuni subiti durante il tragitto dalla dimora al luogo ove viene svolta l'attività e viceversa.

B) VOLONTARI PROTEZIONE CIVILE

Capitali pro-capite

- € 110.000,00 Morte
- € 110.000,00 Invalidità Permanente
- € 15.500,00 Rimborso Spese Mediche

Garanzie

Infortuni sofferti durante l'espletamento della propria attività per conto della Contraente compresa la guida di mezzi ed il rischio in itinere. L'assicurazione viene prestata per le attività in ambito sociale, civile e culturale svolte ai sensi di legge e/o regolamenti e/o disposizioni in materia di volontariato.

C) AMMINISTRATORI COMUNALI

Capitali pro-capite

- € 250.000,00 Morte
- € 250.000,00 Invalidità Permanente

Garanzie

Infortuni sofferti durante lo svolgimento delle funzioni previste dalle specifiche cariche ricoperte, compreso il rischio in itinere, e durante le missioni e gli incarichi di rappresentanza svolti per conto della Contraente e preventivamente autorizzati dall'organo competente.

D) SONO ASSICURATI AI SENSI DEL EX D.P.R. 333/1990 e C.C.N.L.:

- i dipendenti, autorizzati a servirsi in occasione di missioni e per adempimenti di servizio anche fuori ufficio, del mezzo di trasporto proprio o comunque a loro in uso, limitatamente al tempo necessario per l'esecuzione delle prestazioni di servizio;
- i conducenti dei veicoli di proprietà o in locazione al Contraente

Capitali pro-capite

€ 200.000,00 Morte

€ 200.000,00 Invalidità Permanente

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

Per l'identificazione degli Assicurati si farà riferimento alla documentazione tenuta dal Contraente ai sensi di Legge.

E) PORTATORI DI HANDICAP nell'ambito del programma inserimento lavoro

Capitali pro-capite

€ 105.000,00 Morte

€ 105.000,00 Invalidità Permanente

Garanzie

Infortuni sofferti durante lo svolgimento di attività per conto od organizzate dalla Contraente, compreso il rischio in itinere.

Si intende derogata l'esclusione di cui all'art. 19 delle Norme che regolano l'assicurazione in generale.

F) EDUCATRICI DI ASILO NIDO E NELL'AMBITO DEI SERVIZI SCOLASTICI

Capitali pro-capite

€ 105.000,00 Morte

€ 155.000,00 Invalidità Permanente

Garanzie

Infortuni professionali sofferti durante il servizio prestato per conto della Contraente, compreso il rischio in itinere.

CALCOLO DEL PREMIO

Il premio conteggiato in base ai costi finiti (inclusa l'imposta) sottoindicati, viene anticipato su base annua in via provvisoria nella misura di € Tale importo è risultante dai seguenti elementi variabili dichiarati dal Contraente, ed e' soggetto a regolazione premio come successivamente indicato.

Cat. A) Volontari

€ X n° 1 = €

Cat. B) Volontari Protezione Civile

€ X n° 19 = €

Cat. C) Amministratori comunali

€ X n° 5 = €

Cat. D) Dipendenti in missione

€ X n° 40.000 km = €

Cat. E) Portatori di handicap

€ X n° 1 = €

Cat. F) Educatrici di Asilo Nido e nell'ambito dei servizi scolastici

€ X n° 6 = €

Premio annuo complessivo €.....

Entro 120 giorni dalla fine di ogni anno di assicurazione o del minor periodo di durata del contratto, affinché la Società possa procedere alla regolazione del premio definitivo, il Contraente è tenuto a comunicare alla Società stessa i dati consuntivi relativi alle categorie assicurate.

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

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.

L'ASSICURATO/CONTRAENTE

LA SOCIETA'

.....

.....