

LOTTO 5

POLIZZA DI ASSICURAZIONE INFORTUNI CUMULATIVA



COMUNE DI VICENZA
CORSO A. PALLADIO N. 98
36100 VICENZA

P.IVA 00516890241

CODICE CIG: CIG 9468820D71

Durata del contratto

dalle ore	24,00 del	31.12.2022
alle ore	24,00 del	31.12.2024

Con scadenze dei periodi di assicurazione
successivi al primo, fissati

Alle ore 24:00 di ogni	31.12
------------------------	-------

Sommario

PREMESSA	4
SEZIONE 1 - DEFINIZIONI, DESCRIZIONE ATTIVITA' E IDENTIFICAZIONE DEGLI ASSICURATI.....	4
Art. 1 - Definizioni.....	4
Art. 2 – Descrizione dell’Attività.....	5
Art. 3 – Identificazione degli Assicurati– Inserimento nuove categorie– esonero denuncia generalità e infermità fisiche.....	6
SEZIONE 2 - NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE.....	6
Art.1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – Buona fede.....	6
Art. 2 – Assicurazioni presso diversi Assicuratori.....	7
Art. 3 – Durata del contratto.....	7
Art. 4 – Pagamento del premio - decorrenza della garanzia –regolazione premio.....	8
Art. 5 - Variazione del rischio successivamente all’aggiudicazione del contratto.....	9
Art. 6 – revisione dei prezzi.....	9
Art. 7– Disciplina dei casi di recesso dall’assicurazione.....	10
Art. 8 – Prova del Contratto e modifiche dell’assicurazione.....	11
Art. 9 - Forma delle comunicazioni.....	11
Art. 10 – Oneri fiscali	11
Art. 11– Foro competente	11
Art. 12 - Rinvio alle norme di legge	11
Art. 13 - Interpretazione del contratto	11
Art. 14 – Ispezioni e verifiche della Società	11
Art. 15 – Titolarità dei diritti nascenti della polizza.....	12
Art. 16 – Estensione territoriale	12
Art. 17 – Obbligo di fornire i dati sull’andamento del rischio	12
Art. 18 – Clausola Broker	12

Art. 19 - Tracciabilità dei Flussi Finanziari ex Legge 136/2010 e s. m. e i.	13
Art. 20 – Coassicurazione e delega (valida solo in caso di coassicurazione).....	13
Art. 21 - Misure restrittive (Sanctions Limitations Exclusion Clause)	13
SEZIONE 3 – RISCHI ASSICURATI E LIMITAZIONI	14
Art. 1 - Oggetto dell'assicurazione	14
Art. 2 – Garanzie operanti solo se richiamate nella categoria assicurata.....	15
Art. 3 – Garanzie sempre operanti	21
Art. 4 – Esclusioni	22
Art. 5 – Persone escluse dall'assicurazione o non assicurabili.....	22
Art. 6 – Limite di indennizzo per sinistri catastrofali	23
SEZIONE 4 - GESTIONE DEI SINISTRI.....	24
Art. 1 - Denuncia del sinistro e relativi obblighi	24
Art. 2 - Criteri di indennizzabilità.....	24
Art. 3 - Controversie	26
Art. 4 - Liquidazione dell'indennità	27
Art. 5 - Rinuncia all'azione di surroga	27
SEZIONE 5 – CATEGORIE E SOMME ASSICURATE – DETERMINAZIONE DEL PREMIO	27
Art. 1 – Categorie assicurate, garanzie e capitali assicurati	27
Art. 2 - Calcolo del premio e modalità di applicazione della regolazione.....	37
Art. 3 – Riparto di coassicurazione	39
Art. 4 - Clausole vessatorie	39

PREMESSA

Rimane convenuto che si intendono operanti solo le presenti norme dattiloscritte. La firma apposta dal Contraente su modelli a stampa forniti dalla Società Assicuratrice vale solo quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio tra le Società partecipanti alla Coassicurazione (eventuale).

SEZIONE 1 - DEFINIZIONI, DESCRIZIONE ATTIVITA' E IDENTIFICAZIONE DEGLI ASSICURATI

Art. 1 - Definizioni

Assicurazione	Il contratto di assicurazione.
Annualità assicurativa o periodo assicurativo	Il periodo pari o inferiore a 12 mesi compreso tra la data di effetto e la data di scadenza o di cessazione dell'assicurazione
Assicurato	Il soggetto il cui interesse è protetto dalla Assicurazione
Beneficiario	In caso di morte gli eredi legittimi o testamentari, in tutti gli altri casi l'assicurato stesso
Broker	Willis Italia S.p.a. quale mandatario incaricato dal Contraente della gestione ed esecuzione del contratto, riconosciuto dalla Società
Contraente	Il soggetto che stipula l'assicurazione
Franchigia	La parte di danno che l'Assicurato tiene a suo carico
Inabilità Temporanea	La perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato di attendere alle attività professionali dichiarate
Indennizzo	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro
Infortunio	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la

	morte e/o una invalidità permanente e/o una inabilità temporanea
Invalidità Permanente	La diminuita capacità o la perdita definitiva ed irrimediabile della capacità generica ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato conseguente ad infortunio
Istituto di Cura	L'ospedale pubblico, la clinica, la casa di cura sia accreditati presso il Servizio Sanitario Nazionale che privati, legalmente riconosciuti e regolarmente autorizzati al ricovero dei malati, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno
Malattia	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio
Massimale per sinistro	la massima esposizione della Società per sinistro
Morte	Il decesso, compreso lo stato dichiarato di "coma irreversibile", conseguente ad infortunio;
Polizza	Il documento che prova l'assicurazione.
Premio	La somma dovuta dal Contraente alla Società
Ricovero	La degenza in Istituto di cura che comporti almeno un pernottamento
Rischio in itinere	Tragitto dal luogo di residenza o domicilio al luogo di lavoro, e viceversa, effettuato con qualsiasi mezzo.
Rischio	La probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne
Scoperto	La parte percentuale di danno che l'Assicurato tiene a suo carico
Sinistro	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa
Società	L'impresa di Assicurazione

Art. 2 – Descrizione dell'Attività

Ente territoriale – Comune.

Tra le attività della Contrente sono comprese quelle istituzionali oltre che accessorie, complementari o comunque svolte di fatto con ogni mezzo ritenuto utile o necessario

Art. 3 – Identificazione degli Assicurati– Inserimento nuove categorie– esonero denuncia generalità e infermità fisiche

La presente polizza viene stipulata per tutte le categorie elencate alla Sez.5 Art.1, per le quali il Contraente ha l’obbligo o l’interesse ad attivare la copertura assicurativa e vale per gli infortuni subiti dagli Assicurati in occasione della partecipazione all’attività del Contraente o nello svolgimento delle mansioni dichiarate dal Contraente stesso.

Nel caso in cui venga concordata e attivata, in corso di contratto, una nuova categoria (originariamente non prevista alla Sezione 5 Art. 1), il rischio si intenderà coperto dalle ore 24.00 della data della comunicazione di richiesta di attivazione (alle condizioni concordate) inoltrata dal Contraente e/o dal Broker o dalle ore 24.00 della data indicata nella richiesta se posteriore a quella di inoltro.

La Società emetterà, entro 30 giorni dalla data di decorrenza del nuovo rischio, appendice attestante l’attivazione della categoria menzionata e il rateo di premio verrà versato nei termini previsti dalla Sezione 2 art. 4 “Pagamento del premio e decorrenza della garanzia”.

Nel caso di attivazione in corso d’anno di nuove categorie da mantenere per l’annualità successiva, il Contraente, dovrà comunicare, almeno 30 giorni prima della scadenza di rata, il dato preventivo da utilizzare per l’aggiornamento del conteggio del premio anticipato per l’annualità successiva.

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

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

SEZIONE 2 - NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

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

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

Si conviene tuttavia che l'omissione da parte del Contraente di circostanze aggravanti il rischio, come le incomplete ed inesatte dichiarazioni all'atto della stipulazione della polizza e/o durante il corso della medesima, non pregiudicano il diritto al risarcimento dei danni, sempre che tali omissioni o inesatte dichiarazioni siano avvenute in buona fede e con l'intesa che il Contraente avrà l'obbligo di corrispondere alla Società il maggior premio proporzionale al maggior rischio che ne deriva.

Il Contraente deve comunicare alla Società ogni variazione del rischio, così come previsto dal successivo Art. 5 "Variazione del rischio successivamente all'aggiudicazione del contratto".

Art. 2 – Assicurazioni presso diversi Assicuratori

La presente assicurazione si intende stipulata indipendentemente ed in aggiunta alle assicurazioni obbligatorie previste per gli infortuni sul lavoro dalle leggi vigenti e da quelle future nonché ad eventuali assicurazioni private a favore degli Assicurati da chiunque stipulate.

In deroga a quanto previsto dall'art. 1910 del C.C. il Contraente e l'Assicurato sono esonerati dall'obbligo di comunicare l'esistenza di altre assicurazioni stipulate, o che verranno stipulate in futuro con altre Società per gli stessi rischi assicurati con il presente contratto.

Resta inteso che la presente polizza dovrà essere considerata "primaria" per quanto riguarda il rimborso delle spese mediche da infortunio rimborsabili a seguito di sinistro e che, solo per questa garanzia, il Contraente/Assicurato dovrà comunicare l'esistenza di altre assicurazioni ai sensi di quanto previsto dall'art. 1910 del C.C..

Art. 3 – Durata del contratto

Il contratto ha decorrenza dalle ore 24.00 del 31.12.2022 e scadenza ore 24.00 del 31.12.2025 senza tacito rinnovo, ma potrà essere rinnovato, su espressa richiesta della Contraente, per un massimo di un anno.

[OPZIONE BASE]

L'opzione di rinnovo dovrà essere esercitata dal Contraente tramite invio alla Società – anche per il tramite del Broker – di specifica comunicazione in tal senso con preavviso non inferiore a 6 mesi rispetto alla scadenza contrattuale.

Nel caso in cui la Società, entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione per l'attivazione dell'opzione di rinnovo confermi per iscritto la propria accettazione, la polizza si intenderà rinnovata per il periodo concordato senza possibilità, per le Parti di esercitare, per la scadenza annuale immediatamente successiva, la facoltà di recesso di cui al penultimo capoverso del presente articolo.

Il premio di rinnovo dovrà essere corrisposto nei termini di cui all'art. 4 Pagamento del premio e decorrenza della garanzia.

In caso di mancato riscontro da parte della Società nei termini indicati, così come nel caso di espressa non accettazione dell'esercizio dell'opzione di rinnovo, il contratto cesserà senza tacito rinnovo alla sua naturale scadenza o alla scadenza dell'eventuale rinnovo annuale concordato, salvo l'attivazione della proroga temporanea di cui all'ultimo capoverso del presente articolo che dovrà essere concessa in qualsiasi caso di cessazione della polizza, compreso il mancato rinnovo del contratto.

[OPZIONE MIGLIORATIVA 1]

L'opzione di rinnovo dovrà essere esercitata dal Contraente tramite invio alla Società – anche per il tramite del Broker – di specifica comunicazione in tal senso con preavviso non inferiore a 1 mese rispetto alla scadenza contrattuale e la Società si impegna sin da ora a rinnovare la copertura assicurativa alle condizioni in essere.

Seguito ricezione della richiesta di rinnovo, la Società provvederà ad emettere appendice a contrattualizzazione della nuova scadenza.

Il premio di rinnovo dovrà essere corrisposto nei termini di cui all'art. 4 Pagamento del premio e decorrenza della garanzia.

Trattandosi di contratto di durata pluriennale alle parti è concessa la facoltà di rescindere il contratto ad ogni scadenza annuale con lettera raccomandata (o PEC) da inviarsi con preavviso non inferiore a quattro mesi rispetto a ciascuna scadenza anniversaria.

E' facoltà del Contraente, in caso di cessazione del contratto per qualsiasi motivo, compreso l'eventuale esercizio dell'opzione di recesso di una delle Parti, richiedere 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 l'assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche il/i periodo/i richiesto/i, purché non eccedente/i, purché non eccedente/i i 6 mesi decorrenti dalla scadenza del contratto.

Art. 4 – Pagamento del premio - decorrenza della garanzia –regolazione premio

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza ancorché la prima rata di premio venga versata entro 60 giorni dalla data di decorrenza della polizza.

La deroga dei termini di pagamento di cui al primo comma del presente articolo si applica anche ad ogni appendice a titolo oneroso emessa a variazione del contratto, compresa l'eventuale proroga di cui all'art. 3 "Durata del Contratto" della presente Sezione.

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

Il premio è convenuto in base ad elementi di rischio variabile e viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio 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 che il Contraente si impegna a comunicare alla Società entro 120 giorni dal termine del periodo assicurativo di riferimento.

Le differenze attive o passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei 60 giorni successivi al ricevimento da parte del Contraente dell'apposita appendice di regolazione, formalmente corretta, emessa dalla Società.

Se il Contraente non effettua nel termine anzidetto la comunicazione dei dati, la Società deve fissargli, mediante atto formale di messa in mora, un ulteriore termine non inferiore a 30 giorni dandone comunicazione scritta. Nel caso in cui entro il termine sopra indicato il Contraente non abbia inoltrato alcuna comunicazione si intenderà che i valori delle partite assicurate non hanno subito variazioni durante l'annualità trascorsa.

In caso di mancata comunicazione dei dati di regolazione o di mancato pagamento del premio di conguaglio non dovuti a comportamento doloso del Contraente, gli eventuali sinistri potranno essere indennizzati nella stessa proporzione esistente tra il premio versato a deposito e l'intero premio dovuto (deposito più regolazione).

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

I premi possono essere pagati alla Società Assicuratrice, anche per il tramite del Broker incaricato della gestione del contratto.

Ai sensi dell'art. 48 del DPR 602/1973 la Società da 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. del 18 gennaio 2008 n. 40, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'art. 3 del Decreto.

Inoltre 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 del C.C. nei confronti della Società stessa.

Art. 5 - Variazione del rischio successivamente all'aggiudicazione del contratto

Per variazione del rischio si intende qualsiasi modifica che determini una diversa probabilità di verificarsi di un sinistro ovvero una variazione delle sue conseguenze, non previste o non prevedibili, al momento della stipula del contratto, tali che se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto, la Società non avrebbe assunto il rischio o l'avrebbe assunto per un premio più elevato.

Qualsiasi elemento intervenuto successivamente all'aggiudicazione del contratto, che comporti una variazione del rischio deve essere comunicato per iscritto alla Società entro trenta giorni dall'intervenuta conoscenza.

In caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio con effetto dalla rata successiva dalla data di comunicazione del Contraente e/o dell'Assicurato e rinuncia al relativo diritto di recesso di cui all'Art. 1897 del Codice Civile.

Le variazioni che devono essere comunicate riguardano circostanze di fatto interne all'organizzazione del Contraente in grado di determinare un aggravamento di rischio rilevante, pertanto il Contraente non è tenuto a comunicare variazioni del rischio derivanti da sopravvenienze normative ovvero da modifiche degli orientamenti giurisprudenziali.

Art. 6 – revisione dei prezzi

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 29, comma 1, lettera a), del D.L. n. 4/2022, nonché dell'art. 106, comma 1 del D. lgs. 50/2016, a partire dal secondo anno ed a condizione che siano stati liquidati dalla Società stessa sinistri per un importo complessivo superiore del 10 (dieci) % rispetto al premio imponibile corrisposto (sinistri liquidati/premio imponibile \geq 110), i corrispettivi contrattuali potranno essere sottoposti a revisione previa documentata richiesta da parte dell'Aggiudicatario, da inviare alla Contraente mediante lettera raccomandata o pec. La parte richiedente dovrà

comprovare le circostanze eccezionali sopravvenute e dimostrare l'ammontare dello scostamento di costi tra quelli previsti nel disegno di gara e quelli che la medesima deve accollarsi in conseguenza dell'aumento intervenuto. L'adeguamento sarà operato sulla base di apposita istruttoria, e, se riconosciuto, si procederà all'integrazione del premio assicurativo.

Art. 7– Disciplina dei casi di recesso dall'assicurazione

7.1) Recesso per dichiarazioni inesatte o reticenze del Contraente

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del Contraente, relative a circostanze tali che la Società non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, consentono, qualora il Contraente abbia agito senza dolo o colpa grave, alla Società di recedere dal contratto stesso con un preavviso non inferiore a 120 giorni, mediante dichiarazione da inviare al Contraente entro, e non oltre, tre mesi dal giorno in cui la Società ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.

Nella fattispecie di cui al precedente comma, qualora si verifichi un sinistro prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dalla Società, o prima che questa abbia dichiarato di recedere dal contratto, la Società è comunque tenuta, in deroga a quanto previsto dal comma 2 dell'art. 1893 c.c., al pagamento dell'indennizzo per l'intero.

7.2) Recesso per aggravamento del rischio

Al verificarsi delle ipotesi di variazione del rischio prevista all'Art. 5 "Variazioni del rischio successivamente all'aggiudicazione del contratto" la Società può recedere dal contratto di assicurazione con preavviso non inferiore a 120 giorni, da comunicarsi al Contraente tramite Raccomandata o PEC entro, e non oltre, tre mesi dal giorno in cui la Società ha ricevuto comunicazione circa la variazione del rischio.

7.3) Recesso a seguito di sinistro [OPZIONE BASE]

Decorsi almeno 180 giorni dall'inizio dell'Assicurazione, dopo ogni sinistro e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o dal rifiuto dell'indennizzo, la Società ed il Contraente hanno facoltà di recedere dal contratto con preavviso di 120 giorni da darsi con lettera raccomandata o PEC. Si precisa che il computo dei 120 giorni decorre dalla data di ricevimento della suddetta comunicazione.

7.3) Recesso a seguito di sinistro [OPZIONE MIGLIORATIVA 2]

Tale condizione non si applica al presente contratto.

In tutti i casi di recesso si conviene quanto segue:

1. La Società, congiuntamente alla volontà espressa di recedere dal contratto dovrà fornire al Contraente tutti i dati di cui all'art. 17 "Obbligo di fornire i dati sull'andamento del rischio" necessari per la redazione del bando di gara per l'affidamento del nuovo contratto assicurativo. Il recesso non produce effetto in caso di mancata produzione dei dati sopra richiamati.
2. La Società entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborserà al Contraente i ratei di premio pagati e non goduti, escluse le imposte;
3. In caso di recesso con durata del preavviso contrattuale eccedente la scadenza annuale di polizza, la Società

rinuncerà ad incassare l'intera quietanza annuale ma emetterà appendice con indicazione del rateo dovuto per il periodo di copertura compreso nell'annualità successiva. Tale appendice dovrà essere pagata nei termini previsti dall'art. 4 "Pagamento del premio – decorrenza della garanzia – regolazione/adeguamento premio".

Art. 8 – Prova del Contratto e modifiche dell'assicurazione

La Società è obbligata a rilasciare al Contraente la polizza di assicurazione e le relative appendici contrattuali. Le eventuali modificazioni dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art. 9 - Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente e la Società sono tenuti devono essere effettuate con mezzo idoneo a comprovare la data e il contenuto e devono essere indirizzate alla Società e al Contraente oppure al Broker al quale il Contraente ha conferito incarico per la gestione della polizza. A titolo esemplificativo le comunicazioni possono essere effettuate a mezzo posta elettronica certificata, posta elettronica semplice, raccomandata, corriere, fax ecc.

Art. 10 – Oneri fiscali

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

Art. 11– Foro competente

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

In deroga alle prescrizioni ex lege 28/2010 e ss.mm.ii. Le parti individuano sin d'ora e si obbligano ad adire quale Organismo di mediazione competente, esclusivamente quello del luogo ove il Contraente ha sede legale.

Art. 12 - Rinvio alle norme di legge

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

Art. 13 - Interpretazione del contratto

Si conviene fra le Parti che, in caso di dubbio nell'interpretazione anche di una delle condizioni di polizza, si dovrà intendere che le stesse devono interpretarsi in senso conforme a quello in cui tali condizioni possano essere ritenute legittime e non contrarie a disposizione di legge; in ogni caso, verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole all'Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di polizza.

Art. 14 – Ispezioni e verifiche della Società

La Società ha sempre il diritto di ispezionare il rischio, visitando e verificando gli enti assicurati, potendo accedere, a mero titolo esemplificativo e non esaustivo, a beni mobili ed immobili, luoghi, libri e registri, documenti amministrativi, ogni altro documento probatorio, atti, contratti, ecc.. L'Assicurato ha l'obbligo di fornire tutte le

occorrenti indicazioni ed informazioni. Tutti gli oneri relativi a tali ispezioni sono posti per intero a carico della Società. Le ispezioni possono essere effettuate da personale dipendente della Società ovvero da soggetti terzi da essa incaricati, in quest'ultimo caso previo benestare dell'Assicurato.

Art. 15 – Titolarità dei diritti nascenti della polizza

La presente polizza è stipulata dal Contraente, ai sensi dell'art. 1891 del C.C., nell'interesse e a favore degli Assicurati. Il **Comune di Vicenza** pertanto assume la qualifica di Contraente, ovvero della persona giuridica che stipula l'Assicurazione con il consenso degli Assicurati ed adempie agli obblighi previsti dall'Assicurazione stessa, salvo quelli che, per loro natura, non possono che essere adempiuti dall'Assicurato medesimo.

Art. 16 – Estensione territoriale

La presente polizza si intende operante per infortuni occorsi nel mondo intero.

Art. 17 – Obbligo di fornire i dati sull'andamento del rischio

La Società, entro 60 giorni dal termine di ogni annualità assicurativa, 180 giorni prima della scadenza finale del contratto e in tutti i casi di recesso, si impegna a fornire al Contraente il dettaglio (data sinistro, numero sinistro, descrizione sintetica) aggiornato a non oltre 30 giorni precedenti, dei sinistri denunciati così suddiviso:

- sinistri riservati (con indicazione dell'importo a riserva);
- sinistri liquidati (con indicazione dell'importo liquidato);
- sinistri senza seguito/respinti.

Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al Contraente di chiedere, e ottenere dalla Società, un aggiornamento con le modalità di cui sopra in date diverse da quelle indicate, pertanto la Società, a semplice richiesta del Contraente/Broker incaricato, si impegna a fornire, entro 30 giorni dal ricevimento della richiesta stessa, la statistica sinistri aggiornata.

L'obbligo di fornire i dati relativi ai sinistri permane fino alla definizione dell'ultima posizione di sinistro aperta sul contratto, ancorché successiva alla scadenza naturale dello stesso.

Art. 18 – Clausola Broker

Il Contraente dichiara di aver affidato la gestione della presente Polizza al broker incaricato Willis Italia Spa – n. iscrizione RUI n. B000083306.

La Società riconosce che ogni comunicazione relativa alla presente assicurazione avverrà per il tramite del broker e tutti i rapporti inerenti la presente assicurazione saranno svolti per conto del Contraente e dell'Assicurato dal Broker medesimo. Ai sensi della legislazione vigente, la Società dichiara che il broker è autorizzato ad incassare i premi o le rate di premio, con effetto liberatorio nei confronti della Società stessa.

Pertanto, il pagamento del premio eseguito in buona fede dal Contraente al broker si considera come effettuato direttamente alla Società.

Nella formulazione del premio la Società ha tenuto conto anche del costo della provvigione per il servizio di brokeraggio assicurativo, attualmente previsto nella misura del 6% del premio imponibile.

Art. 19 - Tracciabilità dei Flussi Finanziari ex Legge 136/2010 e s. m. e i.

La Società assume tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'articolo 3 della legge 13 agosto 2010, n. 136 e successive modifiche e integrazioni al fine di assicurare la tracciabilità dei movimenti finanziari relativi all'appalto.

Qualora la Società non assolva agli obblighi previsti dall'art. 3 della Legge n. 136/2010 per la tracciabilità dei flussi finanziari relativi all'appalto, il presente contratto si risolve di diritto ai sensi del comma 8 del medesimo art. 3.

Art. 20 – Coassicurazione e delega (valida solo in caso di coassicurazione)

L'assicurazione è ripartita per quote tra le Società indicate nel riparto del premio e ciascuna di esse è tenuta alla prestazione in proporzione della rispettiva quota, quale risulta dal contratto. Tuttavia, a parziale deroga di quanto previsto dall'art. 1911 del C.C. ogni Società indicata nel riparto è obbligata solidalmente con le altre Società nei confronti del Contraente e dell'Assicurato per le obbligazioni assunte con la stipula dell'Assicurazione.

La Coassicuratrice Delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle Coassicuratrici indicate nel riparto alla gestione del contratto per loro conto. In particolare, tutte le comunicazioni inerenti al Contratto, ivi comprese quelle relative al recesso o alla disdetta ed alla gestione dei sinistri, si intendono fatte o ricevute dalla Coassicuratrice 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 negli atti suddetti (polizza e appendici) a firmarli anche in loro nome e per loro conto.

Pertanto la firma apposta dalla Società Delegataria sui Documenti di Assicurazione, li rende ad ogni effetto validi anche per le quote delle Coassicuratrici.

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

Art. 21 - Misure restrittive (Sanctions Limitations Exclusion Clause)

VERSIONE 1 - Le Parti riconoscono che l'Italia adotta o è parte di organizzazioni internazionali che adottano provvedimenti di embargo o sanzionatori a carico di stati esteri che possono imporre restrizioni alla libertà delle parti di assumere o dare esecuzione ad obbligazioni contrattuali.

La Società, in qualità di assicuratore e/o riassicuratore, non sarà pertanto tenuta a prestare copertura né sarà tenuta al pagamento di alcun indennizzo e/o risarcimento né a riconoscere alcun beneficio in virtù della presente polizza, qualora la prestazione di tale copertura, il pagamento di tale indennizzo e/o risarcimento, o il riconoscimento di tale beneficio esponga la Società a sanzioni, divieti o restrizioni imposti da risoluzioni delle Nazioni Unite o a sanzioni commerciali ed economiche previste da provvedimenti della Repubblica Italiana, dell'Unione Europea, del Regno

Unito o degli Stati Uniti d'America.

VERSIONE 2 - Gli [Assicuratori] [Riassicuratori] non sono tenuti a fornire alcuna copertura o a disporre alcun risarcimento ai sensi del presente contratto, qualora ciò implichi qualsiasi tipo di violazione di legge o regolamento in materia di sanzioni internazionali, che esponga gli [Assicuratori] [Riassicuratori], la loro capogruppo o la loro controllante a qualsiasi violazione delle leggi e dei regolamenti in materia di sanzioni internazionali.

SEZIONE 3 – RISCHI ASSICURATI E LIMITAZIONI

Art. 1 - Oggetto dell'assicurazione

L'Assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca in occasione dell'espletamento delle attività e l'assolvimento dei compiti e dei servizi effettuati per conto del Contraente, compreso il rischio in itinere se previsto nella specifica categoria.

Anche in deroga a quanto previsto dagli artt. 1900 e 1912 del C.C. , si conviene di ricomprendere in garanzia anche:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti o le intossicazioni conseguenti ad ingestione od assorbimento di sostanze tossiche;
- il contatto con corrosivi o simili;
- le affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi;
- l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento;
- la folgorazione e le scariche elettriche in generale;
- i colpi di sole o di calore o di freddo;
- le ustioni in genere;
- le lesioni determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico;
- gli infortuni derivanti da atti violenti e aggressioni in genere;

- gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismi, attentati, sequestri, rapine, azioni di dirottamento o di pirateria a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- gli infortuni derivanti da malore ed incoscienza;
- gli infortuni derivanti da imprudenza, imperizia e negligenza anche gravi e da atti di coraggio;
- gli infortuni derivanti dall'uso o guida di ciclomotori e motocicli di qualunque cilindrata, trattori e macchine agricole semoventi, veicoli a motore in genere e natanti, a condizione che l'Assicurato, se conducente, sia in possesso, ove prescritto, di regolare patente di abilitazione alla guida;
- gli infortuni causati da forze della natura compresi terremoto, maremoto, eruzione vulcanica, alluvioni, inondazioni, frane, smottamenti, valanghe, slavine;
- 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;
- vertigini;
- le infezioni derivanti da operazioni chirurgiche, trattamenti, cure mediche rese necessarie da infortunio;
- ernie traumatiche, ernie addominali da sforzo e strappi muscolari derivanti da sforzo; relativamente alle ernie addominali si conviene che:
 - qualora l'ernia (anche bilaterale) risulti operabile verrà corrisposta solamente l'indennità per il caso di inabilità temporanea, ove prevista, fino ad un massimo di 30 giorni;
 - qualora l'ernia (anche bilaterale) non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposto solamente un indennizzo non superiore al 10% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente.

Art. 2 – Garanzie operanti solo se richiamate nella categoria assicurata

Le garanzie di seguito indicate si intendono operanti solo se richiamate nella specifica categoria assicurata (Sez. 5 art. 1):

A. Rischio in itinere

Tragitto dal luogo di residenza o domicilio al luogo di prestazione del servizio o dell'attività e viceversa effettuato con qualsiasi mezzo.

B. Rimborso spese mediche

La Società garantisce, fino alla concorrenza del massimale indicato nella scheda della Sezione 5, le spese mediche documentate sostenute a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza (anche se sostenute allo scopo di ridurre o eliminare le conseguenze di danni estetici provocati dall'infortunio) per:

- accertamenti diagnostici ed esami in genere compresi gli esami di laboratorio;

- applicazione di apparecchi gessati, bendaggi e docce di immobilizzazione, artroscopia diagnostica ed operativa;
- visite mediche e specialistiche;
- onorari del chirurgo e di ogni altro componente l'equipe operatoria, i diritti di sala operatoria e il materiale di intervento, compresi i medicinali;
- cure odontoiatriche compresa la sola prima protesi;
- apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento chirurgico;
- prestazioni medico-infermieristiche, medicinali, sangue, plasma;
- spese di ricovero e rette di degenza;
- cure mediche, compresi bagni forni e cure termali, e trattamenti fisioterapici rieducativi ;
- acquisto di apparecchi protesici ortopedici sostitutivi di parti anatomiche e protesi in genere;
- noleggio di apparecchi protesici e sanitari incluse carrozzelle ortopediche;
- spese farmaceutiche per medicinali prescritti dal medico a seguito dell'infornio;

Limitatamente alla categoria **[G] BIMBI ASILI NIDO E SCUOLE MATERNE** anche nel caso in cui non venga accertata I.P. residuale, o venga accertata una I.P. rientrante nella franchigia (se prevista), si conviene che:

- le spese mediche e farmaceutiche documentate (comprese quelle dentistiche e ortodontiche) sostenute a seguito di infornio regolarmente denunciato vengono rimborsate fino al limite massimo di € 500,00 per sinistro.

-le spese documentate per la riparazione o la sostituzione di protesi visive (lenti e montature) vengono rimborsate fino al limite massimo di € 250,00 per sinistro.

L'importo sopra indicato si intende sottolimito dell'importo assicurato per la garanzia rimborso spese mediche e non in eccedenza allo stesso.

La Società effettua il rimborso a cure ultimate previa presentazione dei documenti giustificativi di spesa che, se richiesto, dovranno essere inoltrati in originale.

La garanzia si intende prestata, per ogni Assicurato, fino a concorrenza della somma indicata nella categoria assicurata.

C. Rimborso spese rientro sanitario

La Società garantisce, fino alla concorrenza del massimale indicato nella scheda della Sezione 5, le spese documentate eventualmente sostenute dal Contraente/Assicurato per il trasporto dal luogo dell'infornio ad un Istituto di Cura

attrezzato, e/o tra Istituti di Cura e/o dall'Istituto di Cura al domicilio dell'Assicurato a mezzo auto-auto-ambulanza. La garanzia è valida anche in caso di infortunio che colpisce l'Assicurato nel corso di una missione o viaggio all'estero disposto dal Contraente e che rendano necessario il suo trasporto, con qualsiasi mezzo ritenuto idoneo dal medico curante, in un Istituto di cura/ospedale attrezzato in Italia.

La Società effettua il rimborso a cure ultimate previa presentazione dei documenti giustificativi di spesa che, se richiesto, dovranno essere inoltrati in originale.

La garanzia si intende prestata, per ogni Assicurato, fino a concorrenza della somma indicata nella categoria assicurata.

D. Diaria per inabilità temporanea

La Società corrisponde, in caso di infortunio indennizzabile a termine di polizza che comporti una inabilità dell'Assicurato ad attendere le sue occupazioni professionali, l'indennità giornaliera pattuita per ogni giorno di inabilità per il periodo massimo indicato nella categoria assicurata.

L'indennità è corrisposta come segue:

- a) integralmente per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica ad attendere alle attività professionali;
- b) al 50% per ogni giorno in cui l'Assicurato ha potuto attendere solo in parte alle attività professionali.

L'indennizzo per inabilità temporanea è cumulabile con quello dovuto per morte e invalidità permanente ma non con quello relativo alle diarie per ricovero o gessatura.

La garanzia si intende prestata, per ogni Assicurato, fino a concorrenza della somma indicata nella categoria assicurata.

E. Diaria da ricovero

Se in conseguenza di infortunio indennizzabile a termini di polizza l'Assicurato viene ricoverato in Istituto di Cura legalmente riconosciuto, la Società corrisponderà l'indennità giornaliera pattuita per ogni giorno di ricovero, per un periodo massimo per il periodo massimo indicato nella categoria assicurata.

Il giorno di ingresso e di dimissioni viene conteggiato come unico giorno.

Il ricovero in regime di day hospital è indennizzato riducendo del 50% la diaria giornaliera.

La diaria viene liquidata dietro presentazione di copia della cartella clinica completa di dichiarazione dell'Istituto di Cura attestante la durata del ricovero.

L'indennizzo per diaria da ricovero è cumulabile con quelli dovuti per morte e invalidità permanente ma non con

quello relativo alle diarie per gessatura e inabilità temporanea.

La garanzia si intende prestata, per ogni Assicurato, fino a concorrenza della somma indicata nella categoria assicurata.

F. Diaria da gessatura

Se in conseguenza di infortunio indennizzabile a termini di polizza all'Assicurato viene applicato un apparecchio gessato o un presidio immobilizzante equivalente la Società corrisponderà l'indennità giornaliera pattuita per ogni giorno di gessatura, per il periodo massimo indicato nella categoria assicurata.

La giornata di applicazione della gessatura / presidio immobilizzante equivalente e quella di rimozione sono conteggiate unico giorno.

La diaria viene liquidata dopo la rimozione della gessatura e dietro presentazione di copia della documentazione medica completa di indicazione della durata effettiva della gessatura.

L'indennizzo per diaria da gesso è cumulabile con quelli dovuti per morte e invalidità permanente ma non con quello relativo alle diarie da ricovero e inabilità temporanea.

La garanzia si intende prestata, per ogni Assicurato, fino a concorrenza della somma indicata nella categoria assicurata.

G. Trasporto/rimpatrio resti mortali

La garanzia è estesa al rimborso delle spese sostenute per il trasporto/rimpatrio dei resti mortali dell'Assicurato dal luogo del decesso fino al luogo di sepoltura, nei casi di decesso a seguito di infortunio che lo colpiscano nel corso di una missione o viaggio (anche all'estero) disposto dal Contraente, oppure in occasione attività assicurate in polizza quali, a titolo esemplificativo e non limitativo, gite, viaggi, espletamento di attività fuori sede ecc. per le categorie che prevedono tali opzioni.

La garanzia si intende prestata, per ogni Assicurato, fino a concorrenza della somma indicata nella categoria assicurata.

H. Danni estetici

Si conviene che in caso di infortunio non escluso dalle Condizioni della presente polizza, che produca conseguenze di carattere estetico al viso, ma che non comporti indennizzo a titolo di invalidità permanente, la Società rimborserà comunque 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.

La garanzia si intende prestata, per ogni Assicurato, fino a concorrenza della somma indicata nella categoria assicurata.

I. Malattie tropicali

Limitatamente al caso di invalidità permanente, l'Assicurazione è estesa alle malattie tropicali che potessero contrarre le persone assicurate.

Per malattie tropicali devono intendersi le seguenti: amebiasi, bilhariosi, dermatifo, dissenteria batterica, febbre ittero-emoglobinurica, meningite cerebro spinale epidermica, vaiolo, febbre ricorrente africana, infezione malarica perniciosa.

L'estensione di garanzia è subordinata alla circostanza che gli assicurati si trovino in perfette condizioni di salute e che siano stati preventivamente sottoposti alle prescritte pratiche di profilassi.

Per tale estensione di garanzia non si fa luogo ad indennizzo per invalidità permanente quando questa è di grado non superiore al 20% della invalidità totale.

Se invece l'invalidità permanente supera il 20% tale franchigia si intende annullata e verrà corrisposto l'indennizzo in rapporto al grado di invalidità permanente subito.

La garanzia si intende prestata fino a concorrenza della somma indicata nella categoria assicurata.

L. Malattie contratte in servizio e per cause di servizio [VARIANTE MIGLIORATIVA 3]

La garanzia viene estesa alle seguenti malattie contratte nell'espletamento dell'attività assicurata in polizza:

- infezione da HIV;
- epatite B;
- epatite C;
- meningite batterica;
- tubercolosi polmonare (TBC).

Premesso che, nel testo che segue, per contagio si intende l'evento dovuto a causa esterna, fortuita ed accidentale che produca modificazioni sierologiche obiettivamente constatabili, la garanzia è estesa al rischio di contagio che provochi una infezione da H.I.V., epatite B e/o epatite C, meningite batterica o tubercolosi polmonare avvenuto esclusivamente durante l'espletamento dell'attività descritta in polizza, in conseguenza di:

- puntura o ferita da oggetto infettato da virus;
- aggressioni subite dall'assicurato durante l'espletamento dell'attività istituzionale;
- contatto di mucose con sangue e/o altri liquidi biologici;
- trasmissione aerea (inalazione goccioline bacillifere e/o espettorato e di goccioline di secrezione nasofaringee infette rispettivamente in caso di TBC e meningite)

L'Assicurato che è venuto a contatto potenzialmente con il virus HIV, HBV o HCV, oppure che risulti essere stato in contatto con soggetti affetti da meningite batterica o tubercolosi polmonare bacillifera ("aperta") deve, entro 5 giorni dal momento in cui è avvenuto il fatto, ovvero entro 5 giorni dalla data in cui venga avvisato dagli organi competenti in caso di malattie a trasmissione aerea, darne avviso al Broker/Società e al Contraente a mezzo telegramma, fax oppure email.

Successivamente dovrà provvedere ad inoltrare al Broker/Società una descrizione dettagliata dell'evento completa dei nominativi dei soggetti presenti all'evento e di una dichiarazione del Contraente da cui risulti che l'Assicurato si trovava in servizio al momento del sinistro.

Appena possibile e comunque entro 6 giorni dall'evento, l'Assicurato deve sottoporsi ad un primo test H.I.V. o test ematochimico per l'accertamento dell'Epatite B o epatite C, presso un ospedale pubblico oppure presso un centro specializzato convenzionato con il S.S.N.:

- qualora dal test risulti che l'Assicurato è sieropositivo o affetto da Epatite B e C non sarà dovuto alcun indennizzo e la copertura assicurativa prestata con la presente garanzia cessa per tale soggetto;
- qualora l'Assicurato risulti negativo al test H.I.V. e/o all'epatite B o epatite C, lo stesso dovrà sottoporsi ad un secondo test trascorsi 180 giorni dalla data dell'evento: se dal risultato del secondo test risulterà che l'Assicurato è sieropositivo o affetto da Epatite B o C la Compagnia liquiderà l'indennizzo.

In caso di contagio da meningite batterica, l'esordio dei sintomi avviene solitamente entro 72 ore (massimo 7 giorni) dal contatto con il soggetto fonte; la diagnosi viene confermata mediante esecuzione di esami ematochimici e esame liquorale.

In caso di contatto con paziente affetto da tubercolosi, l'infortunato dovrà sottoporsi appena possibile, e comunque entro una settimana dalla notifica di possibile contagio, a un primo test Quantiferon per l'accertamento dello stato immunologico:

- qualora il test risulti positivo non sarà dovuto alcun indennizzo e la copertura assicurativa prestata con la presente garanzia cessa per tale soggetto;
- qualora il test Quantiferon risulti negativo, l'Assicurato dovrà sottoporsi ad un secondo test trascorse 8-12 settimane dalla data dell'evento: se il risultato del secondo test sarà positivo, si dovrà procedere all'esecuzione di test radiologici e valutazione specialistica per conferma dell'avvenuto contagio da TBC, nel qual caso la Compagnia liquiderà l'indennizzo.

Le spese mediche sostenute dall'Assicurato per effettuare i test richiesti sono a carico dell'Assicurato, tuttavia in caso di sinistro indennizzabile a termini di polizza, tali spese saranno rimborsate dalla Società previo inoltro della documentazione di spesa, nell'ambito della garanzia rimborso spese mediche se attivata per la categoria di appartenenza.

In relazione alla procedura di accertamento della sieropositività da H.I.V. o dell'epatite B o epatite C si conviene che:

- in caso di aggressione a seguito della quale l'Assicurato si trovi in condizioni di non autosufficienza tali da richiedere l'intervento di terzi per il soccorso con conseguente ricovero in struttura ospedaliera, l'assicurato deve sottoporsi al test non appena ne abbia avuto la possibilità e comunque entro 180 giorni dall'aggressione. L'aggressione deve essere denunciata alle Autorità competenti.
- in caso di trasfusione resa necessaria da evento traumatico, l'Assicurato è esonerato da effettuare il primo test ma deve sottoporsi al secondo test trascorsi 180 giorni dalla trasfusione. Dovrà inoltre essere fornita alla Società copia completa della cartella clinica.

La garanzia si intende prestata fino alla concorrenza della somma indicata nella scheda di cui all'art. 1 della Sezione 5 che resta unica anche nel caso in cui l'Assicurato sia stato contagiato, in occasione di un unico infortunio, dal virus H.I.V. e/o epatite B e/o epatite C e/o meningite batterica e/o tubercolosi polmonare.

Art. 3 – Garanzie sempre operanti

Le garanzie di seguito indicate si intendono operanti anche se non richiamate nella specifica categoria assicurata:

A. Rischio aeronautico

L'assicurazione comprende gli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei effettuati in qualità di passeggero di velivoli ed elicotteri eserciti da società di traffico regolare, non regolare e di trasporto a domanda nonché da autorità civili e militari in occasione di traffico civile, da ditte e privati per attività turistica o di trasferimento e da società di lavoro aereo, esclusivamente durante il trasporto pubblico di passeggeri, ed è prestata per le somme corrispondenti a quelle assicurate con la presente polizza e per rischi da essa previsti.

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

- € 2.500.000,00.= per il caso di morte
- € 2.500.000,00.= per il caso invalidità permanente
- € 1.500,00.= per il caso di inabilità temporanea

per persona e di:

- € 10.000.000,00.= per il caso di morte
- € 10.000.000,00.= per il caso di invalidità permanente
- € 10.000,00.= per il caso di inabilità temporanea

complessivamente per aeromobile.

In detta limitazione per aeromobile rientrano i capitali riferentesi ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze infortuni, unicamente se stipulate dallo stesso Contraente.

Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedessero gli importi sopraindicati, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno adeguate con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti.

Agli effetti della garanzia, il viaggio 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.

B. 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 no), 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.

C. Servizio militare

Per quanto riguarda il personale alle dirette dipendenze del Contraente, durante il servizio militare di leva in tempo di pace o durante il servizio sostitutivo dello stesso ed i richiami per esercitazione, l'assicurazione resta valida ma con l'esclusione degli infortuni derivati dallo svolgimento delle attività tipiche di tali servizi. L'assicurazione è invece operante nei confronti di coloro che esplicano il servizio sostitutivo di quello militare di leva quali addetti ai corpi di polizia municipale o altre forme previste dalla legge in materia.

D. Rischio sportivo

La garanzia viene estesa agli infortuni derivanti dalla pratica non professionale di qualsiasi sport ad eccezione del paracadutismo e degli sport aerei in genere.

Art. 4 – Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni occorsi:

1. in occasione di eventi direttamente connessi allo stato di guerra dichiarata o non dichiarata salvo quanto previsto alla Sezione 3 Art. 3-B, "rischio guerra";
2. durante la guida e l'uso di mezzi di locomozione aerea e la guida di mezzi subacquei, salvo quanto previsto all'art. alla Sezione 3 Art. 3-A "rischio aeronautico";
3. in conseguenza di dolo o di azioni delittuose dell'Assicurato;
4. sotto influenza di stupefacenti, psicofarmaci ed allucinogeni assunti volontariamente fatto salvo se assunti a seguito di prescrizione medica;
5. in stato di ubriachezza alla guida di veicoli o natanti a motore in genere;
6. in conseguenza diretta od indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
7. in occasione della partecipazione a corse e gare (e relative prove) salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
8. dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove) che comportino l'uso o la guida di veicoli a motore e natanti, salvo che si tratti di regolarità pura.

Si precisa che le conseguenze derivanti da infezione da Covid-19 non rientrano nella definizione di infortunio.

Art. 5 – Persone escluse dall'assicurazione o non assicurabili

Non sono coperte dalla presente polizza:

1. le persone di età superiore a 80 (ottanta 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;
2. indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcoolismo e/o tossicodipendenza.

L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi.

Art. 6 – Limite di indennizzo per sinistri catastrofali

[OPZIONE BASE]

Nel caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più persone assicurate con la presente polizza in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà comunque superare l'importo di **€ 15.000.000,00**. Qualora gli indennizzi complessivamente dovuti eccedano il limite sopraindicato, le somme spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotte in proporzione al rapporto che intercorre fra detto limite e il totale degli indennizzi dovuti.

[OPZIONE MIGLIORATIVA 4]

Nel caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più persone assicurate con la presente polizza in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà comunque superare l'importo di **€ 25.000.000,00**. Qualora gli indennizzi complessivamente dovuti eccedano il limite sopraindicato, le somme spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotte in proporzione al rapporto che intercorre fra detto limite e il totale degli indennizzi dovuti.

SEZIONE 4 - GESTIONE DEI SINISTRI

Art. 1 - Denuncia del sinistro e relativi obblighi

La denuncia dell'infortunio dovrà essere indirizzata al Broker o alla Società, entro 30 giorni dalla data dell'infortunio o dal momento in cui l'Assicurato od i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità e l'ufficio assicurazioni del Contraente ne abbia avuto notizia.

La denuncia deve contenere l'indicazione del luogo, del giorno e dell'ora dell'evento, nonché le cause che lo hanno determinato e dovrà essere corredata di certificato medico.

Avvenuto l'infortunio, l'Assicurato deve ricorrere alle cure di un medico e seguirne le prescrizioni e deve inoltrare, periodicamente e sino a guarigione avvenuta, copia dei certificati medici attestanti il decorso delle lesioni, nonché le fatture, notule e ogni altro documento comprovante le spese mediche o farmaceutiche sostenute e rimborsabili.

Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, dovrà essere dato immediatamente avviso alla Società.

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

Art. 2 - Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute: pertanto l'influenza che l'infortunio può avere esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

Parimenti, nei casi di preesistente mutilazione o difetto fisico, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti.

MORTE

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

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

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per l'invalidità permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in

conseguenza di questo, l'Assicurato muore, i beneficiari, o in difetto di designazione, gli eredi, dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso ed hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per morte - se superiore - e quello già pagato per invalidità permanente.

MORTE PRESUNTA

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

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

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

INVALIDITA' PERMANENTE

Se l'infortunio ha per conseguenza un'invalidità permanente e questa si verifica, anche successivamente alla scadenza della polizza, ma comunque entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquiderà per tale titolo e solo in questo caso una indennità calcolata sulla somma assicurata al momento dell'infortunio per l'invalidità permanente, come segue: la valutazione del grado di Invalidità Permanente sarà effettuata facendo riferimento alla Tabella allegata al D.P.R. del 30.06.1965 n.1124 (Settore Industria) con rinuncia alle franchigie stabilite, nonché alle successive eventuali modificazioni ed integrazioni in vigore fino al 24.07.2000, con l'intesa che le percentuali indicate nella Tabella anzidetta vengano riferite ai capitali assicurati per il caso di invalidità permanente totale. Per le voci non previste dalla DPR 1124 e successive modificazioni e integrazioni in vigore fino al 24.7.2000 verrà applicata la tabella prevista dal Dlgs 38/2000 con rinuncia alle franchigie stabilite.

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

Nel caso in cui l'Assicurato subisca un infortunio ad un arto superiore o ad una mano o ad un avambraccio e risultasse che questi erano gli unici perfettamente integri o tali che venissero usati come "destri" si dovrà tenere conto di ciò anche nella valutazione del grado di invalidità permanente.

In caso di valutazione della Invalidità Permanente di grado pari o superiore al 50%, verrà liquidata una somma pari al 100% della somma assicurata.

Il diritto all'indennità per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi, tuttavia:

- nel caso in cui l'Assicurato muoia per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata, o comunque offerta in misura determinata, la Società pagherà l'importo liquidato od offerto ai beneficiari designati o, in difetto di designazione degli stessi, agli eredi legittimi;
- nel caso in cui l'Assicurato muoia per causa indipendente dall'infortunio senza che l'indennità sia stata liquidata o offerta in misura determinata ma, sulla base della documentazione medica disponibile sia possibile quantificare tale indennizzo, la Società provvederà formulare proposta di indennizzo ai beneficiari designati o, in difetto di designazione degli stessi, agli eredi legittimi.

DIARIE

Qualora sia provato che l'infortunio ha causato l'inabilità temporanea o il ricovero o l'applicazione di gessature o di tutore immobilizzante equivalente, la Società con riferimento alla natura ed alla conseguenza delle lesioni riportate dall'Assicurato, liquida l'indennità giornaliera - se prevista per la categoria cui appartiene l'Assicurato - integralmente per il caso di ricovero o di applicazione di gessature o tutore immobilizzante e, come previsto dall'apposito articolo 2 lettera D sezione 3, per i casi di inabilità temporanea. 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.

Le diarie non sono cumulabili tra loro.

In caso di indennizzabilità per più diarie è data facoltà all'Assicurato di scegliere la liquidazione di quella avente durata o importo liquidabile maggiore.

SPESE MEDICHE

La Società rimborsa all'Assicurato, fino a concorrenza di quanto previsto nella categoria assicurata di cui all'art. 1 della Sezione 5, le spese documentate sostenute a seguito di infortunio.

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

Art. 3 - Controversie

In caso di controversie di natura medica sulla indennizzabilità dell'infortunio nonché sulla misura dei rimborsi o sulla liquidabilità delle indennità, l'Assicurato e la Società si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere se ed in quale misura siano dovuti i rimborsi e le indennità a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo dalle Parti di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio medico.

Il collegio medico risiede ove ha sede l'Assicurato.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunererà il medico da essa designato, contribuendo per la metà

delle spese e competenze del terzo medico.

Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono obbligatorie per le parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale.

Art. 4 - Liquidazione dell'indennità

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquiderà l'indennità che risulti dovuta, ne darà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvederà al pagamento entro 60 giorni dalla ricezione dell'accettazione.

Gli indennizzi verranno corrisposti solo in Italia in Euro (€).

Art. 5 - Rinuncia all'azione di surroga

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

SEZIONE 5 – CATEGORIE E SOMME ASSICURATE – DETERMINAZIONE DEL PREMIO

Art. 1 – Categorie assicurate, garanzie e capitali assicurati

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

Salvo espressa indicazione nella rispettiva categoria assicurata, il contratto non prevede l'applicazione di scoperti e franchigie.

CATEGORIA A - AMMINISTRATORI

(SINDACO, VICESINDACO, ASSESSORI, CONSIGLIERI)

L'Assicurazione copre per le garanzie ed i massimali sottoriportati gli infortuni subiti dagli Amministratori, limitatamente all'espletamento di tutte le attività connesse e/o collegate con la carica dichiarata/mandato quali, a titolo esemplificativo e non limitativo, la partecipazione per conto del Contraente a: riunioni, congressi, convegni,

sopralluoghi ecc.

L'Assicurazione vale anche per gli infortuni subiti, in occasione della salita/discesa dal veicolo nonché, in caso di fermata del veicolo, durante le operazioni necessarie per la ripresa della marcia.

E' compreso il rischio in itinere, sia a piedi che alla guida di qualsiasi mezzo.

Per l'identificazione degli assicurati si farà riferimento ai documenti tenuti dal Contraente .

GARANZIA		SOMMA ASSICURATA
Caso Morte		€ 700.000,00
Caso Invalidità Permanente		€ 700.000,00
Spese mediche e farmaceutiche da infortunio		€ 10.000,00
Spese trasporto sanitario		€ 10.000,00
Spese Trasporto/rimpatrio resti mortali		€ 10.000,00
Diaria da ricovero – massimo 360 giorni		esclusa
Diaria da gessatura - massimo 100 giorni		esclusa
Diaria da inabilità temporanea		esclusa
Danni estetici		€ 10.000,00
Malattia contratta per servizio/in occasione di servizio		esclusa
Malattie tropicali		compreso
Operatività della polizza		Rischio professionale + rischio in itinere
NUMERO ASSICURATI PREVENTIVATO		42

CATEGORIA B – VOLONTARI - VOLONTARI EMERGENZE - E COLLABORATORI IN GENERE

La garanzia deve intendersi prestata per gli infortuni subiti dai volontari e collaboratori in genere del Comune Contraente durante lo svolgimento delle attività e dei lavori di pubblica utilità attribuiti agli stessi dal Contraente

quali, a titolo esemplificativo e non limitativo: lavori amministrativi e di segreteria, gestione di parchi e giardini, attività di sgombero neve, montaggio e smontaggio di strutture per manifestazioni e simili, accompagnamento e sorveglianza anche in ausilio ai servizi scolastici, assistenza domiciliare e accompagnamento anche in ausilio ai servizi sociali, ausilio gestione isole ecologiche, pulizie, piccole manutenzioni, gestione della biblioteca, ecc.

Le attività assegnate ai volontari potranno essere svolte anche con l'impiego di attrezzature e macchinari e con l'utilizzo di qualsiasi mezzo di trasporto.

Rientrano nella presente categoria anche:

- i Volontari del Servizio Civile Nazionale (L. 64/2001 e L. 266/91)
- i soggetti che svolgono attività di praticantato, tirocinio e formazione in forza di convenzioni sottoscritte tra il Comune e i collegi professionali;
- i lavoratori socialmente utili (LSU);
- i volontari che prestano supporto ai servizi di emergenza previsti dall'Ente in caso di calamità naturali (terremoto, alluvione ecc) e/o situazioni di emergenza in capo al Comune quali, a titolo esemplificativo, lavori per arginare avverse condizioni atmosferiche (spalatura neve, fango ecc). Per i volontari "emergenze" la copertura assicurativa è operante sia durante l'espletamento delle attività previste che durante le esercitazioni programmate e regolamentate dal Comune.

Restano tuttavia esclusi dalla presente categoria:

- tutti coloro che godono della copertura infortuni prestata dall'Istituto Nazionale per gli Infortuni sul Lavoro (INAIL) durante lo svolgimento delle attività per conto del Contraente indipendentemente da fatto che il premio Inail sia stato corrisposto dal Contraente stesso o da altro soggetto.
- i volontari della Protezione Civile.

L'Assicurazione vale anche per gli infortuni subiti durante l'utilizzo (sia in qualità di conducente che di trasportato) di veicoli di proprietà dell'Assicurato e/o di Terzi e/o in uso esclusivo del Comune.

L'Assicurazione vale anche per gli infortuni subiti, in occasione della salita/discesa dal veicolo nonché, in caso di fermata del veicolo, durante le operazioni necessarie per la ripresa della marcia.

Per l'identificazione degli Assicurati si farà riferimento ai registri/documenti tenuti dal Contraente.

[OPZIONE MIGLIORATIVA 5]

Limitatamente alla presente categoria si conviene di elevare il limite di età di cui all'art. 5 – "Persone escluse dall'assicurazione o non assicurabili" da 80 a 85 anni applicando, ai soggetti di età superiore a 80 anni una franchigia assoluta del 10% in caso invalidità permanente.

GARANZIA	SOMMA ASSICURATA
Caso Morte	€ 200.000,00

Caso Invalidità Permanente	€ 200.000,00
Spese mediche e farmaceutiche da infortunio	€ 10.000,00
Spese rientro sanitario	€ 10.000,00
Spese Trasporto/rimpatrio resti mortali	€ 10.000,00
Diaria da ricovero – massimo 360 giorni	esclusa
Diaria da gessatura – massimo 100 giorni	esclusa
Diaria da inabilità temporanea	esclusa
Danni estetici	€ 10.000,00
Malattia contratta per servizio/in occasione di servizio	Compresa solo per i <u>volontari emergenze</u> (se accettata variante migliorativa n. 3) € 100.000,00
Malattie tropicali	esclusa
Operatività della polizza	Rischio professionale – rischio in itinere escluso
NUMERO GIORNATE/PRESENZA	1.500

CATEGORIA C– VOLONTARI E ALLIEVI VOLONTARI DELLA PROTEZIONE CIVILE

La garanzia deve intendersi prestata per gli infortuni subiti dai volontari e allievi volontari della Protezione Civile per il Comune Contraente.

La garanzia opera durante le missioni, le esercitazioni e le sessioni formative previste e regolamentate dal Gruppo di Protezione Civile del Comune Contraente, compresi i relativi trasporti facenti parte delle attività assicurate.

Per l'identificazione degli assicurati si farà riferimento ai documenti tenuti dal Contraente

GARANZIA	SOMMA ASSICURATA
-----------------	-------------------------

Caso Morte	€ 200.000,00
Caso Invalidità Permanente	€ 250.000,00
Spese mediche e farmaceutiche da infortunio	€ 10.000,00
Spese rientro sanitario	€ 10.000,00
Spese Trasporto/rimpatrio resti mortali	€ 10.000,00
Diaria da ricovero – massimo 360 giorni	€ 50,00 per giorno
Diaria da gessatura – massimo 100 giorni	esclusa
Diaria da inabilità temporanea – massimo 180 giorni	€ 50,00 per giorno solo per soggetti liberi professionisti
Danni estetici	€ 10.000,00
Malattia contratta per servizio/in occasione di servizio	Compresa (se accettata variante migliorativa n. 3) € 100.000,00
Malattie tropicali	compresa
Operatività della polizza	[OPZIONE BASE] Rischio professionale – rischio in itinere escluso [OPZIONE MIGLIORATIVA 6] Rischio professionale – rischio in itinere compreso
NUMERO ASSICURATI	50

CATEGORIA D - UTILIZZATORI (CONDUCENTI E TRASPORTATI) VEICOLI DI PROPRIETA' DEL CONTRAENTE

L'Assicurazione è prestata contro gli infortuni subiti dai soggetti utilizzatori (in qualità di conducenti o trasportati) di veicoli, comprese le biciclette elettriche e/o a pedalata assistita, di proprietà del Contraente, o in uso esclusivo allo

stesso in forza di contratti di comodato, locazione, leasing, noleggio e simili, per l'espletamento di missioni e/o adempimenti di servizio fuori della sede lavorativa autorizzati dal Contraente e/o per l'espletamento del servizio di reperibilità previsto dalla funzione, limitatamente al tempo strettamente necessario per l'esecuzione di dette prestazioni.

L'Assicurazione vale anche per gli infortuni subiti, in occasione della salita/discesa dal veicolo nonché, in caso di fermata del veicolo, durante le operazioni necessarie per la ripresa della marcia.

Restano esclusi dalla presente categoria gli appartenenti alle categorie già assicurate con la presente polizza.

Poiché la presente assicurazione è stipulata dal contraente anche nel proprio interesse e secondo quanto disposto dai relativi accordi collettivi nazionali gli importi liquidati in base alla presente polizza saranno detratti dalle somme eventualmente spettanti a titolo di equo indennizzo per lo stesso evento.

Per l'identificazione degli assicurati si farà riferimento ai documenti tenuti dal Contraente

GARANZIA	SOMMA ASSICURATA
Caso Morte	€ 200.000,00
Caso Invalidità Permanente	€ 200.000,00
Spese mediche e farmaceutiche da infortunio	€ 10.000,00
Spese rientro sanitario	€10.000,00
Spese Trasporto/rimpatrio resti mortali	€ 10.000,00
Diaria da ricovero	esclusa
Diaria da gessatura	esclusa
Diaria da inabilità temporanea	esclusa
Danni estetici	€ 10.000,00
Malattia contratta per servizio/in occasione di servizio	esclusa
Malattie tropicali	esclusa
Operatività della polizza	Rischio professionale – rischio in itinere escluso

NUMERO VEICOLI DI PROPRIETA' O IN USO ESCLUSIVO DEL CONTRAENTE – compresi veicoli di rappresentanza	<p>VEICOLI ISCRITTI AL PRA DI PROPRIETA' DEL CONTRAENTE (rimorchi esclusi) N. 80</p> <p>VEICOLI ISCRITTI AL PRA IN USO ESCLUSIVO AL COMUNE PER LEASING, COMODATO ECC. N. 0 (zero)</p> <p>BICICLETTE ELETTRICHE E/O A PEDALATA ASSISTITA N. 10</p>
---	--

CATEGORIA E - UTILIZZATORI (CONDUCENTI E TRASPORTATI) VEICOLO PRIVATO
(esclusi mezzi pubblici e/o per il trasporto pubblico di passeggeri)

L'Assicurazione è operante per gli infortuni occorsi ai dipendenti e ai soggetti autorizzati dal Comune Contraente, che subiscano infortunio in occasione di missioni o adempimenti di servizio fuori dall'ufficio, durante l'utilizzo (in qualità di conducente o di trasportato autorizzato alla missione/prestazione di servizio) di veicoli non intestati al PRA al Contraente, o in uso esclusivo del Contraente o dallo stesso utilizzati in locazione, comodato, leasing o simili, limitatamente al tempo strettamente necessario per l'esecuzione di dette prestazioni.

L'Assicurazione vale anche per gli infortuni subiti, in occasione della salita/discesa dal veicolo nonché, in caso di fermata del veicolo, durante le operazioni necessarie per la ripresa della marcia.

Restano esclusi dalla presente categoria gli appartenenti alle altre categorie già assicurate con la presente polizza.

Poiché la presente assicurazione è stipulata dal Contraente anche nel proprio interesse e secondo quanto disposto dai relativi accordi collettivi nazionali gli importi liquidati in base alla presente polizza saranno detratti dalle somme eventualmente spettanti a titolo di equo indennizzo per lo stesso evento.

Per l'identificazione degli Assicurati si farà riferimento alla documentazione tenuta dal Contraente (registro missioni o documento equivalente).

GARANZIA	SOMMA ASSICURATA
Caso Morte	€ 200.000,00
Caso Invalidità Permanente	€ 200.000,00
Spese mediche e farmaceutiche da infortunio	€ 10.000,00
Spese rientro sanitario	€10.000,00

Spese Trasporto/rimpatrio resti mortali	€ 10.000,00
Diaria da ricovero	esclusa
Diaria da gessatura	esclusa
Diaria da inabilità temporanea	esclusa
Danni estetici	€ 10.000,00
Malattia contratta per servizio/in occasione di servizio	esclusa
Malattie tropicali	esclusa
Operatività della polizza	Rischio professionale – rischio in itinere escluso
NUMERO KM	10.000

CATEGORIA F - MINORI IN AFFIDO

L'Assicurazione è operante per gli infortuni occorsi ai minori che l'Amministrazione Comunale affida a famiglie ex L. 4 maggio 1983 n. 184 come modificata dalla L. 28 marzo 2001 n. 149 e s.m.e i.

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

GARANZIA	SOMMA ASSICURATA
Caso Morte	€ 200.000,00
Caso Invalidità Permanente	€ 200.000,00
Spese mediche e farmaceutiche da infortunio	€ 10.000,00
Spese rientro sanitario	€10.000,00

Spese Trasporto/rimpatrio resti mortali	€ 10.000,00
Diaria da ricovero	esclusa
Diaria da gessatura	esclusa
Diaria da inabilità temporanea	esclusa
Danni estetici	€ 10.000,00
Malattia contratta per servizio/in occasione di servizio	esclusa
Malattie tropicali	esclusa
Operatività della polizza	Rischio professionale + rischio extraprofessionale
NUMERO ASSICURATI	50

CATEGORIA G - BIMBI ASILI NIDO E SCUOLE MATERNE

L'assicurazione è operante per ogni infortunio che possa occorrere ai bimbi frequentanti gli asili nido comunali e le scuole materne comunali in occasione dello svolgimento di tutte le attività, didattiche e ricreative previste dagli Istituti, sia nelle sedi scolastiche che durante tutte le attività promosse dalle scuole stesse all'esterno quali, a titolo esemplificativo e non limitativo, gite, visite guidate, attività fisico-motorie, ecc..., e comunque per tutto il tempo in cui i bambini rimangono affidati alle predette strutture.

Preso atto negli asili nido comunali l'anno scolastico inizia indicativamente il 1 settembre e termina indicativamente il 31 luglio di ogni anno, e nelle scuole materne l'anno scolastico inizia indicativamente il 1 settembre e termina indicativamente il 30 di giugno, ai fini del conteggio del premio si conviene di equiparare l'anno scolastico all'anno solare.

Nel caso in cui uno o più degli istituti scolastici dovesse prevedere il proseguimento dell'attività a favore degli alunni già iscritti alle scuole comunali per l'anno scolastico appena concluso, anche nei mesi di agosto (asili nido) e/o luglio e agosto (scuole materne) la copertura assicurativa opererà senza soluzione di continuità anche per tali periodi.

GARANZIA	SOMMA ASSICURATA
Caso Morte	€ 50.000,00
Caso Invalidità Permanente	€ 125.000,00

Spese mediche e farmaceutiche da infortunio (compresa estensione per rimborso spese odontoiatriche e occhiali)	€ 10.000,00
Spese rientro sanitario	€10.000,00
Spese Trasporto/rimpatrio resti mortali	€ 10.000,00
Diaria da ricovero – massimo 150 giorni	€ 20,00
Diaria da gessatura – massimo 30 giorni	€ 10,00
Diaria da inabilità temporanea	esclusa
Danni estetici	€ 10.000,00
Malattia contratta per servizio/in occasione di servizio	esclusa
Malattie tropicali	esclusa
Operatività della polizza	Rischio professionale + rischio in itinere
NUMERO ASSICURATI	1.280

CATEGORIA H – ANZIANI PARTECIPANTI AI SOGGIORNI CLIMATICI

L'assicurazione è operante per ogni infortunio che possa occorrere agli anziani partecipanti ai soggiorni climatici (estivi e/o invernali). La garanzia è operante 24 ore su 24 per tutta la durata del soggiorno, compresi gli spostamenti su qualsiasi mezzo, sia relativi al viaggio di andata e ritorno per/da la località del soggiorno, sia durante gli spostamenti previsti durante il soggiorno stesso per partecipare alle attività ricreative organizzate quali, a titolo esemplificativo e non limitativo: passeggiate, gite, balli, giochi ecc.

[OPZIONE BASE]

Limitatamente alla presente categoria si conviene di elevare il limite di età di cui all'art. Art. 5 – Persone escluse dall'assicurazione o non assicurabili da 80 a 85 anni applicando, ai soggetti di età superiore a 80 anni una franchigia assoluta del 10% in caso invalidità permanente.

[OPZIONE MIGLIORATIVA 7]

Limitatamente alla presente categoria si conviene di elevare il limite di età di cui all'art. Art. 5 – Persone escluse dall'assicurazione o non assicurabili da 80 a 85 anni applicando, ai soggetti di età superiore a 80 anni una franchigia assoluta del 5% in caso invalidità permanente.

GARANZIA		SOMMA ASSICURATA
Caso Morte		€ 0
Caso Invalidità Permanente		€ 50.000,00
Spese mediche e farmaceutiche da infortunio		€ 10.000,00
Spese rientro sanitario		€10.000,00
Spese Trasporto/rimpatrio resti mortali		€ 10.000,00
Diaria da ricovero – massimo 150 giorni		€ 20,00
Diaria da gessatura – massimo 30 giorni		€ 10,00
Diaria da inabilità temporanea		esclusa
Danni estetici		€ 10.000,00
Malattia contratta per servizio/in occasione di servizio		esclusa
Malattie tropicali		esclusa
Operatività della polizza		Rischio professionale + rischio extraprofessionale durante tutto il soggiorno, compresi i viaggi per raggiungere la località di villeggiatura e ritorno al punto di raccolta
NUMERO ASSICURATI		150

Art. 2 - Calcolo del premio e modalità di applicazione della regolazione

Il Contraente versa, a titolo di deposito premio convenuto, l'importo riportato nella tabella "scomposizione del premio" che rappresenta la somma dei premi conteggiati per singola categoria sulla base dei tassi e dei premi contrattualizzati in polizza e riportati nella specifica tabella riepilogativa.

Al termine di ogni annualità la Società calcola il premio dovuto sulla base delle variazioni comunicate dal Contraente in sede di regolazione, il cui pagamento verrà effettuato ai sensi della Sezione 2 art. 4 "Pagamento del premio – operatività della garanzia - regolazione premio" della presente polizza.

Non vi è obbligo per il Contraente di comunicare in corso di periodo assicurativo le variazioni di numero di persone,

veicoli assicurati, o qualsiasi altro dato variabile.

Essendo l'assicurazione prestata in forma non nominativa in base al numero degli assicurati o altri elementi variabili riportati per ogni categoria all'art.1 della presente Sezione il conteggio della regolazione del premio verrà effettuato come segue:

A) salvo quanto espressamente derogato, per le categorie assicurate sulla base del numero degli assicurati e/o numero dei veicoli assicurati, in sede di regolazione premio dovrà essere comunicato il n. degli assicurati/veicoli con l'indicazione della rispettiva data di inclusione/esclusione e il premio verrà regolato sul periodo effettivo di copertura in ragione di 1/360 giorni di presenza.

Limitatamente agli assicurati di cui alla categoria [H] Anziani partecipanti ai soggiorni climatici si conviene che il premio procapite quotato è il premio complessivo per persona/soggiorno. Per tale categoria non verrà conteggiato il rateo di cui al primo capoverso del presente punto A).

Limitatamente agli assicurati di cui alla categoria [G] Bimbi asili nido e scuole materne si conviene che il premio procapite quotato è premio per la durata dell'anno scolastico (indipendentemente dall'effettiva frequenza) compresa l'eventuale estensione di attività ai mesi di luglio e agosto se effettuata. Per tale categoria non verrà conteggiato il rateo di cui al primo capoverso del presente punto A).

B) per le categorie assicurate sulla base del numero di giornate presenza e del numero di chilometri in sede di regolazione premio dovrà essere comunicato il numero delle giornate presenza effettuate da ogni soggetto nel periodo assicurato e il numero dei chilometri percorsi nel periodo di riferimento.

CATEGORIA	TIPOLOGIA DATO VARIABILE	DATI PREVENTIVATI	PREMIO/TASSO PROCAPITE IMPOSTE INCLUSE	TOTALE PREMIO IMPOSTE INCLUSE
A - Amministratori	assicurati	42		€
B- Volontari – volontari emergenze e collaboratori	giornate presenza	1.500		€
C- Volontari e allievi protezione civile	assicurati	50		€
D- Utilizzatori veicoli di proprietà del Contraente	veicoli	90		€
E- utilizzatori veicolo privato	chilometri	10.000		€
F – Minori in affidamento	assicurati	50		€
G- Bimbi asili nido e scuole	assicurati	1.280		€

materne				
H – Anziani partecipanti ai soggiorni climatici	assicurati	150		€
TOTALE				

Scomposizione del premio

Premio annuo imponibile	€	.=
Imposte	€	.=
TOTALE	€	.=

[Art. 3 – Riparto di coassicurazione](#)

Il rischio viene ripartito tra le seguenti Società secondo le percentuali qui di seguito indicate:

Società	Agenzia	Percentuale di ritenzione

Il Contraente

La Società

[Art. 4 - Clausole vessatorie](#)

Agli effetti degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile il Contraente e la Società dichiarano di approvare specificatamente le seguenti clausole:

Sezione 2 Art. 1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Sezione 2 Art. 2 Assicurazione presso diversi assicuratori

Sezione 2 Art. 3 Durata del contratto

Sezione 2 Art. 4 Pagamento del premio – decorrenza della garanzia – regolazione del premio

Sezione 2 Art. 5 aggravamento del rischio successivamente all'aggiudicazione del contratto

Sezione 2 Art. 7 disciplina dei casi di recesso dall'assicurazione

Sezione 2 Art. 11 Foro competente

Sezione 2 Art. 12 Estensione territoriale

Sezione 2 Art. 20 Coassicurazione e delega

Sezione 2 Art. 21 Misure restrittive (Sanctions Limitations Exclusion Clause)

Sezione 3 Art. 4 Esclusioni

Sezione 4 Art. 2 Criteri di indennizzabilità

Sezione 4 Art. 3 Controversie

E' facoltà della Società estendere l'indicazione delle clausole che necessitano della specifica approvazione per iscritto ex artt. 1341 e 1342 del C.C. che, a tal fine, dovrà provvedervi in sede di emissione dei documenti contrattuali.

La Società
