

**CAPITOLATO DI POLIZZA
INFORTUNI CUMULATIVA**

La presente polizza
stipulata tra

**PROVINCIA DI REGGIO EMILIA
C.F./P.IVA: 00209290352**

e la Società

DURATA DEL CONTRATTO:
dalle ore 24.00' del 30.06.2015
alle ore 24.00' del 30.06.2016

DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intendono per:

SOCIETA': _____ ed eventuali coassicuratrici;

ASSICURAZIONE: Il contratto di assicurazione;

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE: Il documento che prova l'assicurazione;

CONTRAENTE: **PROVINCIA DI REGGIO EMILIA;**

ASSICURATO: Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione;

PREMIO: La somma dovuta dal Contraente alla Società;

RISCHIO: La probabilità che si verifichi il sinistro;

INDENNITA': La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

ART. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, non avvenute in buona fede possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 C.C.

ART. 2 - Decorrenza dell'assicurazione - Pagamento del premio

L'assicurazione decorre dalle ore 24 del giorno indicato nel contratto di assicurazione a prescindere dal pagamento della prima rata di premio, che deve avvenire entro **60 (sessanta) giorni** dalla data del perfezionamento della polizza.

Per le rate successive alla prima è concesso il termine di rispetto di **60 (sessanta) giorni**, trascorso il quale l'assicurazione resta sospesa e rientra in vigore soltanto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento del premio, ferme restando le date di scadenza contrattualmente stabilite.

ART. 3 - Modifiche dell'assicurazione e revisione del contratto

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

Le parti prendono e danno reciprocamente atto che ai sensi dell'art. 115 del D. Lgs. 163/2006 "Codice degli Appalti" durante il decorso del rapporto contrattuale si potrà addivenire ad una revisione delle condizioni normative e di premio indicate in polizza, laddove ricorrano elementi idonei a giustificare una loro variazione.

La revisione verrà operata, nell'accordo delle parti, sulla base di un'istruttoria condotta tenuto conto delle disposizioni di cui all'art. 7, comma 4, lettera c) e comma 5 del "Codice degli Appalti".

Nessuna variazione delle condizioni contrattuali potrà essere posta in essere ed avrà efficacia se non previo accordo scritto di entrambe le parti contrattuali.

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 - Regolazione del premio

Il premio, convenuto in tutto o in parte in base ad elementi di rischio variabili, viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio indicato in polizza 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. A tale scopo:

Entro **60 (sessanta) giorni** dalla data di richiesta da parte della Società, il Contraente deve fornire per iscritto alla Società i dati necessari per il conteggio del premio consuntivo.

Le differenze, attive e passive, risultanti dalla regolazione, devono essere pagate nei **30 (trenta) giorni** successivi al ricevimento da parte del Contraente della apposita appendice di regolazione emessa dalla Società. **Si precisa che, fino alla differenza attive o passive del 10% (dieci per cento) del premio anticipato non si darà luogo a regolazioni premio.**

Se il Contraente/Assicurato non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti od il pagamento della differenza dovuta, il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo annuo per il quale non ha avuto luogo la regolazione od il pagamento della differenza attiva.

In tale eventualità la garanzia resta sospesa dalla scadenza dei termini sopra indicati fino alle ore 24.00 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto i suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

Per i contratti cessati per qualsiasi motivo, nel caso in cui il Contraente non adempia agli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società non sarà obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

Resta fermo per la Società il diritto di agire giudizialmente.

Se all'atto della regolazione annuale il consuntivo degli elementi variabili di rischio supera il **50% (cinquatapercento)** di quanto preso come base per la determinazione del premio dovuto in via anticipata, quest'ultimo viene rettificato, a partire dalla prima scadenza annua successiva alla comunicazione, sulla base di una rivalutazione del preventivo degli elementi variabili.

La Società ha diritto di effettuare verifiche e controlli, nei limiti delle disposizioni sulla riservatezza dei dati personali, per i quali l'Assicurato/Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie.

ART. 7 - Estensione territoriale

L'Assicurazione è valida in tutto il mondo.

ART. 8 - Facoltà di recesso

La Società ed il Contraente hanno la facoltà di recedere dal contratto dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo. Tale recesso avrà effetto dalla prima scadenza di rata annuale, successiva alla comunicazione di preavviso, che comunque non potrà essere inferiore a 90 giorni da detta scadenza.

ART. 9 - Buona fede

Le inesatte od incomplete comunicazioni e dichiarazioni dell'Ente sono riconosciute come rese in buona fede dalla Società fino a prova del contrario, pertanto la polizza in relazione a queste avrà piena validità, salvo il diritto della Società a percepire l'eventuale quota di premio spettante e non pagata relativamente al maggior rischio.

ART. 10 - Oneri fiscali

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

ART. 11 - Clausola Broker

Il Contraente dichiara di aver affidato la gestione del presente contratto alla Società di brokeraggio assicurativo **UNION BROKERS S.r.l.** (denominata in seguito Broker) e le imprese assicuratrici hanno convenuto di affidarne la delega alla Società.....; di conseguenza tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti per conto della Contraente dal Broker, il quale tratterà con l'Impresa delegataria informandone le Coassicuratrici.

Resta convenuto che tutte le comunicazioni alle quali la Contraente o gli aventi diritto sono tenuti, devono essere fatte con telefax, telex, telegramma o lettera raccomandata anche a mano alla Compagnia Delegataria oppure al Broker.

Le coassicuratrici saranno tenute a riconoscere come validi ed efficaci, anche nei propri confronti, tutti gli atti di ordinaria gestione compiuti dalla Delegataria per conto comune, fatto salvo soltanto eccezione per l'incasso dei premi di polizza, il cui pagamento verrà effettuato dalla Contraente per il tramite del Broker direttamente nei confronti di ciascuna Coassicuratrice nei termini in uso per il versamento dei premi ai Coassicuratori.

ART. 12 - Foro competente

Per le controversie relative alla presente polizza, il Foro competente si intende quello nella cui giurisdizione è ubicata la sede sociale dell'Assicurato.

ART. 13 – Durata e proroga dell'assicurazione

L'Assicurazione ha validità dalle ore 24:00 del **30.06.2015** alle ore 24:00 del **30.06.2016** con rescindibilità annuale.

Il contraente ha la facoltà, ove lo ritenga conveniente e compatibile con la Legge vigente, di richiedere il rinnovo del contratto alle stesse condizioni economiche e contrattuali. E' inoltre facoltà del contraente chiedere una proroga finalizzata all'espletamento od al completamento delle procedure di aggiudicazione della nuova assicurazione. La società, a fronte della corresponsione del relativo rateo di premio, si impegna sin d'ora a prorogare in tal caso l'assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche per un massimo di 180 giorni.

ART. 14 - Rescindibilità annuale

Le Parti si riservano la facoltà di rescindere il contratto al termine di ciascun anno di assicurazione mediante preavviso scritto spedito almeno **30 (trenta)** giorni prima della scadenza da parte della Contraente/Assicurato e **90 (novanta)** giorni prima da parte della Società Assicuratrice.

ART. 15 - Rinvio alle norme di Legge

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

OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

ART. 16 – Oggetto dell'assicurazione

La presente assicurazione è operante per gli infortuni che gli Assicurati come successivamente descritti, subiscono in occasione della partecipazione alle attività organizzate dal Contraente e/o nello svolgimento delle mansioni dichiarate dal Contraente.

ART. 17 – Assicurati – operatività garanzie

Premessa:

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate, per l'identificazione di tali persone e dei dati necessari alla definizione delle liquidazioni si farà riferimento agli atti in possesso dal Contraente, che si obbliga ad esibirli in qualsiasi momento, insieme ad ogni altro documento probatorio in suo possesso, a semplice richiesta delle persone incaricate dalla Società a fare accertamenti e controlli.

A) Amministratori:

L'assicurazione è prestata esclusivamente per gli infortuni verificatisi a causa ed in occasione dell'espletamento di tutte le attività e funzioni connesse alla carica di Amministratori dell'Ente.

Sono compresi in garanzia tutti gli infortuni verificatisi durante i trasferimenti effettuati, oltre che a piedi, con qualsiasi mezzo.

B) Dipendenti – Segretario - Dirigenti – collaboratori, lavoratori "parasubordinati", lavoratori somministrati a tempo determinato ed altri soggetti autorizzati quali conducenti che utilizzano il proprio mezzo e/o quello dell'Ente per motivi di servizio. Sono assicurati anche i conducenti terzi di automezzi dell'Ente purché autorizzati dall'Ente stesso. La garanzia si intende prestata a favore dei soggetti sopra citati in occasione di missioni o per adempimenti di servizio fuori dall'ufficio con proprio mezzo di trasporto e/o di proprietà dell'Ente.

Sono compresi in garanzia anche la salita e la discesa dai veicoli stessi e gli infortuni subiti dagli assicurati mentre attendono, in caso di fermata del veicolo, alle operazioni necessarie per la ripresa della marcia.

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

C) Volontari per diverse attività

La garanzia copre gli infortuni che possono subire le persone non nominate che partecipano volontariamente alla realizzazione di attività in genere organizzate dal Contraente compresa attività di Protezione civile, esclusivamente durante l'attività svolta dagli stessi nel corso e durante la preparazione e l'allestimento.

D) Popolazione scolastica - stagisti

La garanzia copre gli infortuni subiti dai studenti stagisti durante il lavoro, compreso il rischio in itinere.

Le generalità ed il numero degli studenti verranno rilevati dagli atti delle Convenzioni di tirocinio che il Contraente si obbliga a dare in visione in qualsiasi momento alle persone incaricate dalla Compagnia di effettuare accertamenti e controlli.

Le categorie degli assicurati in garanzia con la presente polizza sono definite dalla **“SCHEDE SOGGETTI ASSICURATI DALLA PRESENTE POLIZZA”**.

ART. 18 – Rischi coperti (valgono le garanzie indicate alla tabella “Capitali assicurati”)

- Morte da infortunio;
- Invalidità permanente da infortunio;
- Spese mediche ed altre, come indicato alla tabella “Capitali assicurati”.

ART. 19 – Validità della garanzia

Sono considerati infortuni anche i seguenti eventi:

- danni subiti in conseguenza di imprudenza, imperizia o negligenza anche gravi, nonché in stato di malore od incoscienza (purché non causati da abuso di alcolici, da uso di psicofarmaci assunti a scopo non terapeutico, da uso di allucinogeni e/o stupefacenti);
- danni cagionati da calci e morsi di animali in genere compresi rettili ed aracnoidi;
- danni causati da punture di insetti, esclusi la malaria, il carbonchio e le malattie tropicali; gli avvelenamenti acuti di origine traumatica causati da ingestione od assorbimento di sostanze;
- danni causati da colpi di sole e di calore, nonché da influenze termiche ed atmosferiche;
- danni causati da asfissia per subitanea fuga di gas o vapori;
- danni causati da annegamento, assideramento congelamento e folgorazione;
- danni cagionati da sforzi muscolari traumatici, con esclusione degli infarti;
- danni derivanti da tumulti popolari, aggressioni, o da atti violenti aventi movente politico o sociale, azioni di dirottamento o di pirateria aerea, purché non vi sia stata partecipazione attiva dell'Assicurato;
- danni derivanti da atti di temerarietà compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- danni da movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.

Si precisa che la garanzia vale anche per gli infortuni più sotto indicati in via esemplificativa e non limitativa derivanti all'Assicurato:

- danni durante la guida di autoveicoli, motocicli di qualsiasi cilindrata, natanti;
- danni per le ernie addominali "traumatiche" con le limitazioni previste all'articolo "ERNIE TRAUMATICHE" delle Condizioni di Assicurazione

ART. 20 – ATTIVITA' ESCLUSE - ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni occorsi:

- per eventi direttamente connessi allo stato di guerra dichiarata o non dichiarata, salvo quanto previsto successivamente;
- durante la guida e l'uso di mezzi di locomozione aerea e la guida di mezzi subacquei;
- in conseguenza di dolo o di azioni delittuose dell'Assicurato;
- sotto influenza di stupefacenti, psicofarmaci ed allucinogeni assunti volontariamente;
- da stato di ubriachezza alla guida di veicoli o natanti a motore in genere;
- in conseguenza diretta od indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- in occasione di partecipazione ad imprese temerarie, salvo, in quest'ultimo caso che si tratti di atti compiuti dall'Assicurato per dover di solidarietà umana o per legittima difesa.

Sono inoltre escluse le conseguenze di operazioni chirurgiche e di accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio.

ART. 21 - CONDIZIONI COMUNI**RISCHIO IN ITINERE**

La garanzia comprende il rischio in itinere, cioè gli infortuni che possano colpire gli assicurati durante il tragitto dall'abitazione (anche occasionale) al luogo stabilito e viceversa, purché questi infortuni avvengano durante il tempo strettamente necessario a compiere il percorso in via ordinaria e con gli abituali mezzi di locomozione, tanto privati che pubblici, o anche di civica proprietà, oltre che a piedi.

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 o privati per attività turistica e di trasferimento e da Società di lavoro aereo, esclusivamente durante il trasporto pubblico passeggeri, ed è prestata per le somme corrispondenti a quelle assicurate con la presente polizza e per rischi da essa previsti. Restano in ogni caso esclusi i voli effettuati su velivoli ed elicotteri eserciti da Aeroclubs.

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 seguenti somme:

per ogni persona:

- € 1.000.000,00 (unmilione/00) per caso di morte;
- € 1.000.000,00 (unmilione/00) per caso di invalidità permanente totale;
- € 250,00 (venticinque/00) giornaliera per inabilità temporanea;

complessivamente per aeromobile.

- € 5.000.000,00 (cinquemilioni/00) per caso di morte;
- € 5.000.000,00 (cinquemilioni/00) per caso di invalidità permanente totale;
- € 5.000,00 (cinquemila/00) giornaliera per inabilità temporanea;

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

LIMITI TERRITORIALI E DI RISARCIMENTO

L'Assicurazione è prestata per tutto il Mondo.

Nel caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più Assicurati, l'esborso a carico della Società non potrà superare la somma complessiva di € 5.000.000,00 (cinquemilioni/00). Qualora le indennità liquidabili ai sensi del contratto di assicurazioni eccedessero nel loro complessivo tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

RISCHIO DI GUERRA ALL'ESTERO

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

PERSONE NON ASSICURABILI

Sono ammessi al beneficio dell'assicurazione tutti indistintamente gli Assicurati a prescindere dalle loro condizioni di salute e da eventuali pregresse minorazioni fisiche o mutilazioni delle quali gli Assicurati stessi risultassero affetti, restando comunque espressamente confermato quanto previsto dall'articolo "Criteri di indennizzabilità".

L'assicurazione non vale per le persone di età superiore agli 75 (settantacinque) anni. Per le persone che raggiungano tale limite di età l'assicurazione avrà termine alla prima scadenza annuale del premio. **Tuttavia i Consiglieri provinciali e Membri di Giunta sono assicurati senza limite di età.**

CRITERI DI INDENNIZZO

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 per 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**

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifica entro 2 (due) anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida ai beneficiari designati la somma assicurata per il caso di morte.

In difetto di designazione, la Società liquida la detta somma, in parti uguali, agli eredi.

- **Invalidità permanente**

Nessun indennizzo è dovuto se l'invalidità permanente è di grado non maggiore **del 3% (treper cento)**.

Se ad un infortunato in conseguenza di un infortunio verrà riconosciuta una invalidità permanente e questa si verificherà - anche successivamente alla scadenza della polizza - ma comunque entro 2 (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 relative stabilite, nonché alle successive eventuali modificazioni, con l'intesa che le percentuali indicate nella Tabella anzidetta vengano riferite ai capitali assicurati per il caso di invalidità permanente.

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.

- **Diaria da ricovero per infortunio**

Se l'infortunio ha per conseguenza un ricovero in Istituto di Cura, la Compagnia corrisponde l'indennità giornaliera prevista nella scheda di assicurazione per un periodo massimo di **60 (sessanta) giorni** per ricovero, su presentazione di cartella clinica.

Qualora in conseguenza dell'infortunio sia stata applicata un'ingessatura in un Istituto di Cura, verrà corrisposta l'indennità giornaliera anche per il tempo trascorso fuori dall'Istituto.

L'indennità sarà riconosciuta sino alla rimozione del mezzo di contenzione, ma solo per il periodo prescritto dall'Istituto di Cura.

Il periodo massimo indennizzabile, comprensivo di ricovero e ingessatura, non potrà superare i **60 (sessanta) giorni** per evento.

Qualora l'infortunio non comporti ingessatura, verrà corrisposta a titolo di convalescenza l'indennità giornaliera pattuita, per un periodo non superiore ai giorni di ricovero.

La convalescenza deve essere prescritta dai medici curanti e/o dai medici del Pronto Soccorso e documentata con certificazione.

Il periodo massimo indennizzabile, comprensivo di ricovero e convalescenza, non potrà superare i **60 (sessanta) giorni** per evento.

- **Spese Mediche**

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

- onorari dei chirurghi o dell'equipe operatoria;
- uso della sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi terapeutici ed endoprotesi applicati durante l'intervento;
- rette di degenza;
- esami ed accertamenti diagnostici;
- trattamenti fisioterapici rieducativi;
- trasporto dell'Assicurato in ospedale o in clinica ed il ritorno effettuato con ambulanza;
- prestazioni medico-infermieristiche, medicinali, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari, incluse le carrozzelle ortopediche;

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

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

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

La presente garanzia vale fino a concorrenza dell'importo indicato in polizza.

- **Spese odontoiatriche**

Per ogni infortunio la Società indennizza il rimborso delle spese per cure odontoiatriche e per protesi dentarie, col limite di **€ 155,00 (centocinquantacinque/00)** per dente.

- **Spese per acquisto di lenti**

Per ogni infortunio la Società indennizza il rimborso delle spese per acquisto di lenti (escluse lenti a contatto e montature), col limite di **€ 100,00 (cento/00)** per lente.

MORTE PRESUNTA

La Società dichiara che se il corpo dell'Assicurato non venisse trovato entro 1 (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 esclusioni delle Condizioni Generali di Assicurazione, verrà riconosciuto il risarcimento 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 far valere i diritti che eventualmente gli sarebbero spettati nel caso avesse subito lesioni indennizzabili a norma della presente polizza. 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.

LIQUIDAZIONE DELL'INDENNITÀ

Ricevuta la necessaria documentazione e compiti 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.

Il diritto all'indennità per invalidità permanente è di carattere personale, quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato morisse per cause indipendenti dall'infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Società pagherà ai beneficiari l'importo liquidato od offerto.

Inoltre, se dopo il pagamento di un'indennità per invalidità permanente ma entro 2 (due) anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo l'Assicurato morisse, la società corrisponderà la differenza fra l'indennità pagata ed il capitale assicurato per il caso di morte ove questa fosse superiore e non chiederà il rimborso nel caso contrario.

L'indennità viene corrisposta in Italia ed in valuta italiana.

ERNIE TRAUMATICHE

La garanzia è estesa per i casi di invalidità permanente alle ernie ed in genere alle lesioni conseguenti a sforzi.

Ernie addominali:

1) ernie operabili – viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 2 % (due per cento) della somma assicurata nel caso di invalidità permanente totale;

2) ernie non operabili – l'indennizzo viene computato in base alla tabella INAIL (D.P.R. 30.06.1965 e variazioni) con rinuncia all'applicazione della relativa franchigia, fermo restando in ogni caso che la Società non corrisponderà indennità superiore al **10% (dieci per cento)** della somma assicurata per il caso di invalidità permanente totale.

ART. 22 - OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

La società s'impegna a fornire indicazioni sui tempi della nomina della struttura o perito incaricati per la liquidazione del sinistro e dare informazioni sulla stato del sinistro:

con l'indicazione del n° del sinistro e la nomina del perito incaricato entro 10 (dieci) giorni dalla denuncia del sinistro con tutta la documentazione di rito dall'Ente o dal broker.

con la indicazione al contraente o al broker entro 45 (quarantacinque) giorni dalla denuncia del singolo sinistro o dalle debite integrazioni dello stato del sinistro e del/i tempo/i di liquidazione stesso.

In caso di ritardo di un minimo di 30 (trenta) giorni dall'impegno assunto per l'informazioni o liquidazione dei sinistri, la Società potrà essere esclusa dall'elenco dei fornitori, con la preclusione a partecipare a gare per servizi assicurativi dell'Ente.

Inoltre, per i contratti in scadenza o disdettati da una delle parti, la Società s'impegna a fornire i dati entro 20 (venti) giorni dalla richiesta del Broker i dati sui sinistri più sopra indicati per i tre anni che precedono la scadenza del contratto.

Infine, la Società è tenuta a fornire all'assicurato o al broker indicato in polizza le statistiche sinistri riservati/liquidati che evidenzia:

- gli importi pagati e riservati,
- la tipologia
- lo stato per ciascun sinistro

con frequenza semestrale a partire dalla data di decorrenza della polizza alle scadenze del 31 dicembre e del 30 giugno a mezzo tabulato predisposto dalla Compagnia delegataria.

In caso di sinistro il Contraente o l'Assicurato devono:

- fare quanto gli è possibile per evitare o diminuire il danno;
- darne avviso alla Direzione della Società o all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza

tramite il Broker entro **15 (quindici) giorni** da quando l'Ufficio addetto alla gestione dei contratti assicurativi del Contraente ne ha avuto conoscenza.

In caso di inosservanza degli obblighi di cui sopra si applica l'art.1915 C.C.

La denuncia dell'infortunio dovrà contenere l'indicazione del luogo, del giorno e dell'ora dell'evento, nonché le cause che lo determinano, dovrà essere corredata di certificato medico ed inviata entro **15 (quindici) giorni** lavorativi dall'infortunio o dal momento in cui la Contraente, l'Assicurato od i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità. Avvenuto l'infortunio, l'Assicurato deve ricorrere alle cure di un medico e seguirne le prescrizioni. Successivamente, l'Assicurato deve inviare, periodicamente e sino a guarigione avvenuta, certificati medici sul decorso delle lesioni. 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 a mezzo telefax e/o telegramma. Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato, salvo che siano espressamente comprese nell'assicurazione. Nel caso di inabilità temporanea, i certificati dovranno essere rinnovati alle rispettive scadenze. In caso di mancato rinnovo, la liquidazione dell'indennità viene fatta considerando data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che la Società possa stabilire una data diversa.

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

ART. 23 - CONTROVERSIE E COLLEGIO ARBITRALE

Le controversie mediche sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni e/o del ricovero, sul grado di invalidità permanente o sul grado o durata dell'inabilità temporanea, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti nella relativa sezione sono demandate per iscritto ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrari, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il Collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. E' data facoltà al Collegio di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel quale caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo. Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazioni di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuno delle Parti.

ART. 24 - RINUNCIA ALLA RIVALSA

La Società rinuncia al diritto di rivalsa sancito dall'Art. 1916 C.C. nei confronti dei terzi responsabili del danno.

ART. 25 - COLPA GRAVE - DOLO

La Società risponde dei danni derivanti dagli eventi per i quali è prestata la garanzia assicurativa determinati da colpa grave del Contraente e/o Assicurato, nonché di dolo e colpa grave delle persone di cui Contraente e/o l'Assicurato debba rispondere.

ART. 26 – RISERVATEZZA DEI DATI PERSONALI

La Società diviene titolare autonomo del trattamento dei terzi (danneggiati, ecc.) coinvolti nel rapporto assicurativo tra l'Ente e la Società.

SCHEDA SOGGETTI ASSICURATI DALLA PRESENTE POLIZZA

N° 14	Amministratori (Presidente, Vice Presidente e Consiglieri) e Segretario
N° 164	Veicoli di proprietà dell'Ente
KM 13.000	Percorsi da Dipendenti ed altri soggetti autorizzati per missione (esclusi km percorsi da Amministratori e Segretario)
N° 50 (1)	Giornate di attività prestata dai volontari
N° 15 (1)	studenti stagisti

(1) Stessi dati delle polizze in scadenza in quanto nessuna indicazione sulla scheda regolazione premio. Da verificare

CAPITALI ASSICURATI (in Euro)

ASSICURATI	Caso morte	Caso invalidità permanente	Rimborso Spese mediche
Amministratori	€ 250.000,00	€ 350.000,00	€ 5.000,00
Conducenti veicoli Ente e veicoli propri per missione	€ 250.000,00	€ 350.000,00	€ 5.000,00
Volontari	€ 150.000,00	€ 200.000,00	€ 5.000,00
Studenti stagisti	€ 150.000,00	€ 200.000,00	€ 5.000,00

OBBLIGHI DELL'APPALTATORE RELATIVI ALLA TRACCIABILITA' DEI FLUSSI FINANZIARI

La Società assume tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'art. 3 della Legge 13 agosto 2010, n. 136 e successive modifiche.

La Società si impegna a dare comunicazione alla stazione appaltante ed alla Prefettura – Ufficio Territoriale del Governo della Provincia a cui appartiene l'Ente appaltante della notizia dell'inadempimento della propria controparte (subappaltatore/subcontraente) agli obblighi di tracciabilità finanziaria.

CIG:

Dietro segnalazione dell'Ente contraente, le parti prendono atto che il Codice Identificativo di Gara (CIG) assegnato al contratto è il seguente: **619540304B**.