

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 30.06.2021
alle ore 24.00' del 30.06.2024

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 (ENTE);**

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;

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.

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 Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave

1. Nell'ipotesi di cui all'art. 1893, comma 1, del codice civile, in assenza di dolo o colpa grave, il diritto di recesso dell'Assicuratore potrà avvenire, fermo restando l'obbligo della dichiarazione da farsi al Contraente nei tre mesi successivi al giorno in cui l'Assicuratore ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, secondo la procedura di cui agli artt. 7 (Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali) e 8 (Clausola di recesso) e con decorrenza del termine di cui al comma 2 del citato art 7 (Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali) dalla ricezione della citata dichiarazione.

Art. 3 - Altre assicurazioni

Si dà atto che possono sussistere altre assicurazioni per lo stesso rischio. In tal caso, per quanto coperto di assicurazione con la presente polizza, ma non coperto dalle altre, la Società risponde per l'intero danno e fino alla concorrenza del massimale previsto dalla presente polizza. Per quanto coperto di assicurazione sia dalla presente polizza sia dalle altre, la Società risponde soltanto per la parte di danno eccedente il massimale delle altre polizze. L'Assicurato è comunque esonerato dall'obbligo di dare avviso dell'esistenza e della successiva stipulazione di altre assicurazioni, fermo l'obbligo di denuncia delle eventuali altre assicurazioni in caso di sinistro.

ART. 4 – Durata e proroga dell'assicurazione

L'assicurazione ha validità dalle **ore 24:00 del 30.06.2021 alle ore 24:00 del 30.06.2024**, a prescindere dal pagamento della prima rata di premio, che dovrà avvenire entro **90 (novanta) giorni** dal perfezionamento polizza. Il pagamento successivo alla prima rata è elevato a **60 (sessanta) giorni**, trascorso il quale l'assicurazione resta sospesa e rientra in vigore soltanto dalle ore 24 del giorno del pagamento del premio, ferme restando le date di scadenza contrattualmente stabilite.

Il Contraente si riserva la facoltà di rinnovo o di ripetizione del servizio (alle medesime condizioni in corso) per un ulteriore triennio ai sensi del D.lgs. 50/2016.

A richiesta del Contraente, la Società si impegna a prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche in vigore, per un periodo massimo di **180 (centottanta) giorni**. Il relativo rateo di premio dovrà essere anticipato in via provvisoria in misura proporzionale alla durata richiesta ed il pagamento dovrà essere effettuato entro **60 (sessanta)giorni** dalla data di effetto dell'appendice di proroga.

Art. 5 – Obblighi inerenti la tracciabilità dei flussi finanziari in base alla Legge n. 136/2010

- a) La Società appaltatrice è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi di tracciabilità previsti dalla legge n. 136/2010.
- b) Nel caso in cui la Società, nei rapporti nascenti con i propri eventuali subappaltatori, subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, abbia notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria di cui all'art. 3 della legge n. 136/2010 ne dà immediata comunicazione alla Stazione Appaltante ed alla Prefettura-ufficio territoriale del Governo della Provincia ove ha sede la Stazione appaltante.
- c) L'Amministrazione può verificare, in occasione di ogni pagamento all'appaltatore e con interventi di controllo ulteriori, l'assolvimento da parte dello stesso, dei subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, agli obblighi relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari.

La Società s'impegna a fornire ogni documentazione atta a comprovare il rispetto, da parte propria nonché dei subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, degli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla legge n. 136/2010.

Secondo quanto previsto dall'art. 3 comma 9 bis della legge n. 136/2010, il mancato utilizzo del bonifico bancario o postale ovvero degli altri strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni, nelle transazioni finanziarie relative a pagamenti effettuati dagli appaltatori, subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, costituisce causa di risoluzione del contratto ai sensi dell'art. 1456 C.C.. La risoluzione si verifica quando la parte interessata dichiara all'altra che intende valersi della presente clausola risolutiva. La risoluzione, in base all'art. 1458 c.c., non si estende alle obbligazioni della Società derivanti da sinistri verificatisi antecedentemente alla risoluzione del contratto.

Art. 6 Variazione del rischio

1. 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.
2. Qualsiasi elemento intervenuto successivamente all'aggiudicazione del contratto, che comporti una variazione del rischio deve essere comunicato immediatamente, ovvero entro quindici giorni dall'intervenuta conoscenza, per iscritto all'Assicuratore. Le variazioni che devono essere comunicate possono concernere, a titolo esemplificativo, i mutamenti interni all'organizzazione del contraente, (variazione significativa del numero dei dipendenti, adozione di strumenti di riduzione del rischio, delibere del contraente che impattano sulle competenze e sulle funzioni svolte)
3. IL contraente non è tenuto a comunicare per iscritto le variazioni del rischio derivanti da sopravvenienze normative ovvero da modifiche degli orientamenti giurisprudenziali.

Art. 7 Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali

1. Per i contratti di durata pluriennale, qualora si intenda chiedere la revisione del prezzo, sei mesi prima della scadenza dell'annualità, sulla base dei dati a disposizione da comunicare al Contraente, l'Assicuratore può segnalare al contraente il verificarsi delle ipotesi di modifiche del rischio previsti all'Art. 6 (Variazione del rischio) e richiedere motivatamente, ai sensi dell'art.106 del d.lgs. 50/2016 , la revisione dei premi o delle condizioni contrattuali attinenti alle franchigie, agli scoperti, o ai massimali assicurati.
2. Il contraente, entro 15 giorni, a seguito della relativa istruttoria e tenuto conto delle richieste formulate, decide in ordine alle stesse, formulando la propria controproposta di revisione.
3. In caso di accordo tra le parti, si provvede alla modifica del contratto a decorrere dalla nuova annualità.

Art. 8 Clausola di recesso

1. In caso di mancato accordo ai sensi dell'art. 7 (Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali) tra le parti, l'Assicuratore può recedere dal contratto di assicurazione. Il recesso decorre dalla scadenza dell'annualità.
2. La facoltà di recesso si esercita entro 30 (trenta) giorni dalla proposta di cui al comma 1 dell'art 7 (Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali), presentata dall'Assicuratore, ovvero, nei casi di cui al comma 2 del medesimo articolo, entro trenta giorni dalla ricezione della controproposta del Contraente.
3. Qualora alla data di effetto del recesso il contraente non sia riuscito ad affidare il nuovo contratto di assicurazione, a semplice richiesta di quest'ultima, l'Assicuratore s'impegna a prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni, normative ed economiche, in vigore per un periodo massimo di 60 (sessanta) giorni. Il contraente contestualmente provvede a corrispondere l'integrazione del premio.
4. Il recesso non produce effetto in caso di mancata produzione dei dati di cui all'art 16 (Produzione di informazioni sui sinistri) riferiti fino al mese antecedente a quello di esercizio del recesso.

Art. 9 - Obblighi dell'Assicurato – Denuncia del Sinistro

Nel caso si verifichi una delle condizioni descritte alla definizione di richiesta di risarcimento e/o circostanza , l'Assicurato deve darne avviso per iscritto agli Assicuratori ai quali è *assegnata* la Polizza anche per il tramite del broker indicato in Polizza, entro 30 trenta a decorrere in cui l'Ufficio competente dell'Ente alla gestione dei contratti assicurativi la richiesta di risarcimento danni così come definita
L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo (art. 1915 C.C.).

ART. 10 - 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. 11 - 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. 12 - 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 **120 (centoventi)** 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 **60 (sessanta) giorni** successivi al ricevimento da parte del Contraente della apposita appendice di regolazione emessa dalla Società.

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 .13 - Estensione territoriale

L'Assicurazione è valida in tutto il mondo.

ART. 14 - 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. 15 - Oneri fiscali

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

Art 16 - Produzione di informazioni sinistri

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 disdetti 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.

ART. 17 - Clausola Broker

Il Contraente dichiara di aver affidato la gestione ed esecuzione della presente polizza alla Società UNION BROKERS S.R.L attuale Broker incaricato ai sensi degli articoli 108 e seguenti del D.Lgs. 209/2005. Il Contraente e la Società si danno reciprocamente atto che ogni comunicazione inerente l'esecuzione della presente assicurazione avverrà anche per il tramite del Broker incaricato. Pertanto, agli effetti delle condizioni della presente polizza, la Società dà atto che ogni comunicazione fatta dal Contraente/Assicurato al Broker si intenderà come fatta alla Società stessa e viceversa, come pure ogni comunicazione fatta dal Broker alla Società si intenderà come fatta dal Contraente/Assicurato stesso, fermo restando che il Broker è tenuto ad inoltrare a ciascuna della Parti le comunicazioni ricevute si precisa che qualora le comunicazioni del contraente comportassero una modifica contrattuale impegneranno gli Assicuratori solo dopo il consenso scritto. Nelle more degli adempimenti previsti dalla normativa vigente si precisa che , con riferimento all'art 118 del D.Lgs. 209/2005 ed all'art .55 del regolamento ISVAP n.05/2006, il Broker è autorizzato ad incassare i premi.

La Società inoltre, riconosce che il pagamento dei premi possa essere fatto dal Contraente tramite il Broker sopra designato; resta intesa l'efficacia liberatoria anche a termine dell'art. 1901 Codice Civile del pagamento così effettuato. La remunerazione del broker avverrà mediante trattenuta all'atto del pagamento del premio, effettuato dallo stesso Broker, alla Società. Nell'eventualità la gestione del presente contratto sia affidata ad un corrispondente o Coverholder del Lloyd's di Londra, si prende e si dà atto che: Ogni comunicazione effettuata al corrispondente si considererà come effettuata agli Assicuratori; Ogni comunicazione effettuata dal corrispondente si considererà come effettuata dagli Assicuratori. Ogni comunicazione effettuata al Broker mandatario dal corrispondente s'intenderà come fatta all'assicurato; Ogni comunicazione effettuata dal Broker al corrispondente si intenderà come fatta dal Contraente/Assicurato stesso. La Società autorizza all'incasso dei premi e/o delle somme dovute agli assicuratori il corrispondente e riconosce che i pagamenti effettuati dal Contraente/Broker al corrispondente hanno effetto liberatorio nei confronti della contraenza e conseguentemente impegna la Società a garantire la copertura assicurativa oggetto del contratto.

La remunerazione del broker è a carico della Società nella misura del % sul premio imponibile.

ART. 18 - Foro competente

il Foro competente per qualsiasi controversia si intende quello nella cui giurisdizione è ubicata la sede sociale dell'Assicurato.

ART. 19 - 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 **120 (centoventi)** giorni prima da parte della Società Assicuratrice.

ART. 20 - Rinvio alle norme di Legge

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

ART 21 - Coassicurazione e delega

Il premio dell'assicurazione è ripartito per quote tra le Società indicate nel riparto allegato.

La Spettabile , all'uopo designata Coassicuratrice Delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle coassicuratrici indicate nel riparto a firmare gli atti sopraindicati anche in loro nome e per conto e ciò vale anche per il presente atto.

Pertanto, le comunicazioni inerenti alla polizza (ivi comprese le comunicazioni relative al recesso ed alla disdetta) devono trasmettersi dall'una all'altra parte solo per il tramite della Spettabile, la cui firma in calce di eventuali futuri atti impegnerà anche le Coassicuratrici che in forza della presente clausola ne conferiscono mandato.

La Delegataria è anche incaricata dalle Coassicuratrici della esazione dei premi o di importi comunque dovuti all'Assicurato in dipendenza del contratto, contro rilascio delle relative quietanze; scaduto il premio la Delegataria può sostituire le quietanze eventualmente mancanti delle altre Coassicuratrici con altra propria rilasciata in loro nome.

A deroga al disposto dell'art.1911 del codice civile, tutte le imprese sottoscrittrici sono responsabili in solido nei confronti del contraente.

La delega assicurativa è assunta dall'impresa di assicurazione indicata dal raggruppamento di imprese quale mandataria.

Non è consentita l'associazione anche in partecipazione od il raggruppamento temporaneo di imprese concomitante o successivo all'aggiudicazione della gara.

OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

ART. 22 – Oggetto dell'assicurazione

La presente assicurazione è operante per gli infortuni, intesi come eventi dovuti a causa fortuita, violenta ed esterna che provocano lesioni fisiche constatabili, 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. 23 – 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 da 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. 24 – Rischi coperti

Valgono le garanzie indicate alla tabella “Capitali assicurati”

ART. 25 – Validità della garanzia

A titolo esemplificativo e non limitativo, sono considerati infortuni anche i seguenti eventi:

- danni subiti in conseguenza di imprudenza, imperizia o negligenza anche gravi, vertigini, 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 intossicazioni e 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 non di origine morbosa;
- danni da contatto con corrosivi;
- danni da aggressioni in genere;
- 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 qualunque sia il movente, 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, valanghe, fulmini, inondazioni, alluvioni ed altri eventi catastrofali provocati da forze della natura;

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, biciclette;
- danni per le ernie addominali "traumatiche" con le limitazioni previste all'articolo "ERNIE TRAUMATICHE" delle Condizioni di Assicurazione

ART. 26 – 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. 27 - 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/propri 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;
- € 100,00 (cento/00) giornaliere per invalidità 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) giornaliere per invalidità 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.

RESPONSABILITA' CIVILE DEL CONTRAENTE:

Qualora l'infortunato o, in caso di morte, i beneficiari del medesimo, o soltanto qualcuno di essi non accettino a completa tacitazione per l'infortunio l'indennità dovuta ai sensi della presente polizza ed avanzino verso il contraente maggiori ed ulteriori pretese a titolo di responsabilità civile, l'indennità nella sua totalità, a richiesta del contraente, viene accantonata per essere computata nel risarcimento che il che il contraente fosse tenuto a corrispondere per sentenza o transazione. Qualora l'infortunato o gli anzidetti beneficiari recedano dall'azione di responsabilità civile o rimangano in essa soccombenti, l'indennità accantonata viene agli stessi pagata sotto deduzione delle spese di difesa sostenute dal contraente.

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 80 (ottanta) anni. Per le persone che raggiungano tale limite di età l'assicurazione avrà termine alla prima scadenza annuale del premio.

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 30 (**trenta**) 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.(30 Trenta giorni)

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 30 (**trenta**) giorni per evento.

- **Diaria per inabilità temporanea**

La Società corrisponde, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza che comporti un inabilità dell'Assicurato ad attendere le sue occupazioni professionali o abituali, l'indennità giornaliera prevista fino al limite ivi stabilito per ogni giorno di inabilità.

- **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;
- visite mediche e specialistiche;
- esami ed accertamenti diagnostici, medico legali;
- 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.

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 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. 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 e diaria da ricovero 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 e fino a massimo di 30 giorni per la diaria da ricovero;

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.

Qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al collegio medico-arbitrale.

ART. 28 - OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

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. 29 - 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. 30 - RINUNCIA ALLA RIVALSA

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

ART. 31 - 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. 32 – RISERVATEZZA DEI DATI PERSONALI

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

SCHEDA SOGGETTI ASSICURATI DALLA PRESENTE

POLIZZA SCHEDA SOGGETTI ASSICURATI DALLA PRESENTE POLIZZA

N° 13	Amministratori (Presidente, Vice Presidente e Consiglieri) e Segretario
N° 120	Veicoli di proprietà dell'Ente
KM 10.000	Percorsi da Dipendenti ed altri soggetti autorizzati per missione (esclusi km percorsi da Amministratori e Segretario)
N° 1	Giornate di attività prestata dai volontari
N° 1	Studenti stagisti

CAPITALI ASSICURATI (in Euro)

ASSICURATI	Caso morte	Caso invalidità permanente	Diaria da ricovero	Rimb. Spese mediche
Amministratori	€ 250.000,00	€ 350.000,00	€ 25,00	€ 5.000,00
Conducenti veicoli Ente e	€ 250.000,00	€ 350.000,00	€ 25,00	€ 5.000,00
Volontari	€ 150.000,00	€ 200.000,00	€ 25,00	€ 5.000,00
Studenti stagisti	€ 150.000,00	€ 200.000,00	€ 25,00	€ 5.000,00