



CAPITOLATO TECNICO

cui S83002370480202300001
CPV: 66510000-8 - servizi assicurativi

CIG A0299AA39A

POLIZZA DI ASSICURAZIONE INFORTUNI CUMULATIVA

La presente polizza è stipulata tra

COMUNE DI VICCHIO

Via Garibaldi 1

50039 Vicchio (FI)

P. IVA 01443650484 Codice Fiscale 83002370480

e

.....

(impresa assicuratrice)

Durata del contratto: dalle ore 24.00 del 31.12.2023
alle ore 24.00 del 31.12.2026

Frazionamento del premio: scadenza delle rate: 31.12 di ogni anno

VALIDITA' ESCLUSIVA DELLE NORME DATTILOSCRITTE

Si intendono operanti solo le norme dattiloscritte.

La firma apposta dal Contraente su moduli a stampa vale solo quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio tra le Compagnie partecipanti alla coassicurazione.

SOMMARIO

SEZIONE 1 DEFINIZIONI E IDENTIFICAZIONE DELL'ATTIVITA'

- Art.1 Definizioni
- Art.2 Identificazione degli Assicurati

SEZIONE 2 NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

- Art.1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio
- Art.2 Assicurazione presso diversi Assicuratori
- Art.3 Durata del contratto e proroga tecnica
- Art.4 Pagamento del premio e decorrenza della garanzia
- Art. 4.1 Tracciabilità dei flussi finanziari
- Art.5 Regolazione del premio
- Art.6 Recesso a seguito di sinistro
- Art.7 Modifiche dell'assicurazione
- Art.8 Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società
- Art.9 Oneri fiscali
- Art.10 Foro competente
- Art.11 Interpretazione del contratto
- Art.12 Titolarità dei diritti nascenti dal contratto
- Art.13 Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio
- Art.14 Coassicurazione e delega
- Art.15 Clausola Broker
- Art.16 Rinvio alle norme di legge
- Art.17 Denuncia del sinistro e relativi obblighi

SEZIONE 3 RISCHI COPERTI

- Art.1 Oggetto dell'assicurazione
- Art.2 Rimborso spese mediche
- Art.3 Diaria di ricovero
- Art.4 Diaria di gessatura
- Art.5 Diaria per inabilità temporanea
- Art.6 Spese di trasporto a carattere sanitario
- Art.7 Rientro sanitario
- Art.8 Rimpatrio salma
- Art.9 Danni estetici
- Art.10 Rischio aeronautico
- Art.11 Servizio militare
- Art.12 Rischio guerra

SEZIONE 4 ESCLUSIONI

- Art.1 Esclusioni
- Art.2 Persone escluse dall'assicurazione o non assicurabili

SEZIONE 5 GESTIONE DEI SINISTRI

- Art.1 Criteri di indennizzabilità
- Art.2 Controversie
- Art.3 Liquidazione dell'indennità
- Art.4 Rinuncia all'azione di surroga

SEZIONE 6 SOMME ASSICURATE, FRANCHIGIE, SCOPERTI E CALCOLO DEL PREMIO

- Art.1 Somme assicurate, franchigie, scoperti e limiti di indennizzo
- Art.2 Calcolo del premio e modalità di applicazione della regolazione
- Art.3 Riparto di coassicurazione

SEZIONE 1 DEFINIZIONI E IDENTIFICAZIONE DELL'ATTIVITA'**Art.1 - Definizioni**

Assicurazione :	Il contratto di assicurazione
Polizza :	Il documento che prova l'assicurazione
Contraente :	Il soggetto che stipula l'assicurazione
Assicurato :	La persona fisica o giuridica 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.
Ente :	L'Amministrazione del Comune di Colazza
Società :	L'impresa assicuratrice nonché le coassicuratrici;
Broker :	La RP BROKER. SRL. quale mandatario incaricato dal Contraente della gestione ed esecuzione del contratto, riconosciuto dalla Società.
Premio :	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
Rischio :	la probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.
Sinistro :	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
Indennizzo :	La somma dovuta dalla Società, in caso di sinistro, all'Assicurato e/o agli aventi diritto.
Franchigia :	La parte di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.
Scoperto :	La parte percentuale di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.
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.
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.
Malattia	Ogni alterazione a carattere evolutivo dello stato di salute non dipendente da infortunio.
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.
Inabilità temporanea :	la perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato di attendere alle attività professionali dichiarate
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
Ricovero:	la degenza in Istituto di cura che comporti almeno un pernottamento.
Massimale per sinistro	la massima esposizione della Società per sinistro.
Atti di terrorismo	Una qualsiasi azione violenta fatta con il supporto dell'organizzazione di uno o più gruppi di persone (anche se realizzata da una persona singola) diretta ad influenzare qualsiasi governo e/o terrorizzare l'intera popolazione o una parte importante di essa, allo scopo di raggiungere un fine politico, o religioso, o ideologico o etnico.

Art.2 – Identificazione degli Assicurati

La presente polizza viene stipulata per tutte le categorie, riportate alla Sezione 6 della presente polizza, per le quali il Contraente ha l'obbligo od interesse ad attivare la copertura assicurativa e vale per gli infortuni subiti dagli Assicurati in occasione della partecipazione all'attività della Contraente o nello svolgimento delle mansioni dichiarate dal Contraente stesso.

Per le categorie identificate come automaticamente coperte alla Sezione 6 non si farà luogo ad alcuna comunicazione da parte del Contraente ritenendosi gli Assicurati coperti fin dalla decorrenza della presente polizza.

Per le categorie attivabili a richiesta identificate come tali alla Sezione 6 la copertura decorrerà dalle ore 24.00 del giorno comunicato alla Società Assicuratrice dal Contraente e scadrà alla ore 24.00 del giorno indicato dal medesimo. Il relativo premio verrà conteggiato in sede di regolazione.

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.

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

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

SEZIONE 2 NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

Art.1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

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..

Il Contraente deve comunicare alla Società ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 C.C.. La Società ha peraltro il diritto di percepire la differenza di premio corrispondente al maggior rischio a decorrere dal momento in cui la circostanza si è verificata.

Nel caso di diminuzione del rischio, la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente, ai sensi dell'art. 1897 C.C., e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Tuttavia l'omissione, incompletezza o inesattezza della dichiarazione da parte del Contraente di una circostanza eventualmente aggravante il rischio, durante il corso della validità della presente polizza così come all'atto della sottoscrizione della stessa, non pregiudicano il diritto all'indennizzo, sempreché tali omissioni, incomplete o inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo dei legali rappresentanti degli assicurati.

Art.2 - Assicurazione presso diversi Assicuratori

E' data facoltà al Contraente di non comunicare altre assicurazioni che avesse in corso o che stipulasse in futuro con altre imprese per gli stessi rischi assicurati con il presente contratto di assicurazione.

Il presente contratto di assicurazione s'intende stipulato indipendentemente ed in aggiunta alle assicurazioni obbligatorie previste per gli infortuni sul lavoro dalle leggi vigenti e da quelle eventuali future.

Il Contraente è inoltre esonerato dal denunciare le assicurazioni a favore dei propri dipendenti a cui fosse tenuto per legge o per disposizioni aventi comunque carattere obbligatorio, delle quali la presente costituisce un complemento, pur essendo completamente separata ed indipendente.

Gli Assicurati sono esentati dall'obbligo di comunicare l'esistenza di altre assicurazioni stipulate da loro stessi o da altri a copertura degli stessi rischi assicurati con il presente contratto.

In caso di sinistro non si farà luogo all'applicazione del disposto dell'art.1910 del Codice Civile per tutte quelle garanzie che non rappresentino un rimborso di spese sostenute.

In tutti gli altri casi la Società Assicuratrice provvederà a liquidare le spese secondo le condizioni tutte della presente polizza fermo il diritto al recupero dagli altri Assicuratori di quota parte dell'indennità corrisposta in applicazione del disposto del quarto comma dell'art.1910 del Codice Civile.

Art.3 - Durata del contratto e proroga tecnica

Il presente contratto avrà la durata di anni tre con decorrenza dalle ore 24:00 del 30.09.2023 e scadenza al 30.09.2026

Alla sua scadenza il contratto si intende automaticamente disdettato, senza obbligo di comunicazione fra le parti.

Il contratto è soggetto a frazionamento annuale al 30.09

Si conviene tuttavia che le parti hanno la facoltà di recedere dal contratto prima di ogni ricorrenza annuale con lettera raccomandata da inviarsi con almeno **90** (NOVANTA) giorni di anticipo rispetto a ciascuna scadenza annuale.

Proroga tecnica:

è facoltà della Contraente, alla naturale scadenza del 30.09.2026 richiedere alla Compagnia, la proroga del contratto fino al completo espletamento delle procedure di aggiudicazione della nuova polizza e comunque per un periodo massimo di mesi sei (31.03.2027). La Società s'impegna a prorogare l'assicurazione, per il periodo massimo suddetto alle medesime condizioni contrattuali ed economiche, in vigore ed il relativo rateo di premio verrà corrisposto entro 30 (trenta) giorni dall'inizio della proroga.

Art.4 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

Il Contraente è tenuto a pagare, a parziale deroga dell'art. 1901 c.c.:

- la prima rata di premio entro **60** (sessanta) giorni dalla data di decorrenza del contratto;
- le rate successive alla prima (incluso eventuali periodi di proroga) entro **60** (sessanta) giorni dalla data di scadenza.

Trascorsi i termini sopra indicati, fermo quanto disposto all'articolo della presente polizza inerente alla "clausola broker", la garanzia si riterrà sospesa e si intenderà riattivata dalle ore 24.00 del giorno di pagamento, ferme comunque le scadenze contrattuali convenute.

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

Art. 4.1Obblighi inerenti la tracciabilità dei flussi finanziari in base alla Legge 136/2010

La Società si assume l'obbligo della tracciabilità dei flussi finanziari, ai sensi dell'art. 3 Legge 136 del 13.08.2010. Inoltre, in tutti i casi in cui le transazioni siano eseguite senza avvalersi di banche o della società Poste Italiane S.p.A. è prevista la clausola risolutiva espressa e conseguentemente l'Ente Contraente, avuta notizia dell'inadempimento della Società agli obblighi di tracciabilità finanziaria di cui all'art. 3 Legge 136 del 13.08.2010, procederà all'immediata risoluzione del rapporto contrattuale, informandone contestualmente la prefettura ufficio territoriale del Governo territorialmente competente.

Art.5 – Regolazione del premio

Poiché il premio è convenuto in tutto o in parte in base ad elementi di rischio variabile, esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza (Sezione 6) 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, fermo il premio minimo stabilito in polizza.

A tale scopo entro 90 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione 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 giorni successivi al ricevimento da parte del Contraente dell'apposita appendice ritenuta corretta di regolazione emessa dalla Società.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti od il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società deve fissargli, mediante atto formale di messa in mora, un ulteriore termine non inferiore a 30 giorni dandone comunicazione scritta, trascorso il quale il premio anticipato in via

provvisoria per le rate successive viene considerato in conto od a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo annuo per il quale non ha avuto luogo la regolazione od il pagamento della differenza attiva e la garanzia resta sospesa 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 scaduti, se il Contraente non adempie gli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società deve fissargli lo stesso termine di 30 giorni trascorso il quale, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, la Società stessa non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

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

Art.6 - Recesso a seguito di sinistro

Dopo ogni sinistro e fino al sessantesimo giorno dalla definizione dei rapporti tra le Parti, la Società ed il Contraente hanno facoltà di recedere dal contratto con preavviso di 120 (centoventi) giorni da darsi con lettera raccomandata.

In ambedue i casi di recesso la Società rimborserà al Contraente i ratei di premio pagati e non goduti, escluse le imposte.

Art.7 - Modifiche dell'assicurazione

Le eventuali modifiche alla presente polizza debbono essere provate per iscritto.

Art.8 - Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente è tenuto devono essere fatte con lettera raccomandata (anche a mano) od altro mezzo (telex o simili) indirizzata alla Società oppure al Broker al quale il Contraente ha conferito incarico per la gestione della polizza.

Art. 9 - Oneri fiscali

Tutti gli oneri fiscali, 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.10 - Foro competente

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

Art.11 - Interpretazione del contratto

Si conviene fra le Parti che verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole all'Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di polizza.

Art.12 – Titolarità dei diritti nascenti dal contratto

Le azioni, le ragioni ed i diritti nascenti dalla polizza non possono essere esercitati che dal Contraente e dalla Società.

Spetta in particolare al Contraente compiere gli atti necessari all'accertamento ed alla liquidazione dei danni. L'accertamento e la liquidazione dei danni così effettuati sono vincolanti anche per l'Assicurato, restando esclusa ogni sua facoltà di impugnativa. L'indennizzo liquidato a termini di polizza non può tuttavia essere pagato se non nei confronti e con il consenso dei titolari dell'interesse assicurato.

E' data tuttavia facoltà al Contraente di richiedere il subentro dell'Assicurato in tutti gli atti necessari alla gestione e liquidazione del sinistro. L'accertamento e la liquidazione dei danni così effettuati sono vincolanti anche per il Contraente, restando esclusa ogni sua facoltà di impugnativa.

Art.13 - Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio

La Società, entro 90 giorni dalle scadenze annuali, si impegna a fornire al Contraente il dettaglio dei sinistri così suddiviso:

- a) sinistri denunciati;

- b) sinistri riservati (con indicazione dell'importo a riserva);
- c) sinistri liquidati (con indicazione dell'importo liquidato);
- d) sinistri respinti (mettendo a disposizione, se richiesto, le motivazioni scritte).

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

Art.14 - Coassicurazione e delega

Se l'assicurazione è ripartita per quote tra le Società indicate nel riparto del premio; ciascuna di esse è tenuta alla prestazione in proporzione della rispettiva quota, quale risulta dal contratto, esclusa ogni responsabilità solidale.

Il Contraente dichiara di aver affidato la gestione del presente contratto alla RP BROKER srl e le imprese assicuratrici hanno convenuto di affidarne la delega alla Società designata in frontespizio della presente polizza; di conseguenza, tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti per conto del Contraente e degli Assicurati dalla RP BROKER srl la quale tratterà con l'impresa Delegataria, quest'ultima provvederà ad informare le Coassicuratrici.

In particolare, tutte le comunicazioni inerenti il Contratto, ivi comprese quelle relative al recesso o alla disdetta ed alla gestione dei sinistri, si intendono fatte o ricevute dalla 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 Ente 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.

Il dettaglio dei capitali assicurati, dei premi, accessori e imposte, spettanti a ciascuna Coassicuratrice, risulta dall'apposita tabella della Sezione 6) alla presente Polizza.

Art.15 - Clausola Broker

La presente normativa deve ritenersi operante nel caso non sia stata precedentemente sottoscritta tra la Delegataria e RP BROKER srl un accordo di collaborazione; nel caso sia stato precedentemente sottoscritto tra la Delegataria e RP BROKER srl un accordo di collaborazione sarà ritenuto operante il precedente accordo ed il presente dovrà ritenersi senza effetto, salvo quanto disposto al punto g) (comunicazione di decorrenza della garanzia).

Il Contraente ha affidato, a norma della L. n.792/94 e del D. Lgs. 209/2005, la gestione del presente contratto alla Società di Brokeraggio assicurativo RP BROKER srl.

Al Broker verrà riconosciuta una retrocessione provvigionale pari e non superiore al 14% del premio imponibile di cui al presente contratto.

Tale provvigione sarà riconosciuta al Broker anche per i premi che venissero pagati dal Contraente direttamente presso l'Agenzia.

Nel caso però che il Contraente revochi l'incarico al Broker, cesserà immediatamente ogni diritto provvigionale di quest'ultimo sui premi non ancora pagati all'atto della revoca, ad eccezione delle eventuali regolazioni posticipate di premio relative all'annualità in corso ed i frazionamenti a completamento dell'annualità assicurativa a condizione che non sia stato conferito incarico al altro Broker.

Il Broker non ha diritto a rimborsi di spese di qualsiasi genere per qualsivoglia titolo.

Si conviene, a parziale deroga delle norme di assicurazione, che tutti i rapporti inerenti il presente contratto saranno svolti tramite la Società RP BROKER srl, in particolare:

- a) Il Broker gestirà per conto del Contraente il contratto sottoscritto, fintanto che tale incarico resti in vigore.
- b) E' fatto obbligo al Contraente di comunicare alla Compagnia l'eventuale revoca dell'incarico al Broker, nonché ogni variazione del rapporto che possa essere di interesse della Compagnia.

- c) La Compagnia darà preventiva comunicazione al Broker affinché, questi possa, ove lo ritenga, essere presente nel caso in cui intenda procedere ad ispezioni o accertamenti inerenti il rapporto assicurativo presso il Contraente.
- d) Ad eccezione delle comunicazioni riguardanti la durata e la cessazione del rapporto assicurativo che debbono necessariamente essere fatte dal Contraente, le comunicazioni fatte alla Compagnia dal Broker, in nome e per conto del Contraente, si intenderanno come fatte dal Contraente stesso. Parimenti ogni comunicazione fatta dal Contraente al Broker si intenderà come fatta alla Compagnia. In caso di contrasto tra le comunicazioni fatte dal Broker e quelle fatte direttamente dal Contraente alla Compagnia, prevarranno queste ultime.
Le comunicazioni comportanti la decorrenza di un termine ovvero un aggravamento del rischio fatte alla Compagnia avranno efficacia al momento della ricezione della comunicazione alla Compagnia stessa.
- e) La Compagnia, entro e non oltre 30 giorni, provvederà all'emissione dei conseguenti documenti contrattuali e li farà avere al Broker, il quale curerà che il Contraente provveda al perfezionamento degli stessi nonché al pagamento dei relativi premi. Il Broker è responsabile dell'autenticità delle firme apposte sui documenti contrattuali.
- f) Le polizze e le appendici emesse dalla Compagnia ed inviate al Broker, dovranno essere restituite alla stessa dopo il perfezionamento e/o l'incasso.
Le polizze, le appendici e le quietanze emesse dalla Compagnia, in caso di mancato perfezionamento o incasso, dovranno essere restituite alla stessa.
- g) Il Broker inoltre comunicherà alla Delegataria tramite telex e/o telefax la decorrenza di garanzia che non potrà essere anteriore alla comunicazione stessa e alla data di effetto prevista nei documenti contrattuali.
Le eventuali Coassicuratrici saranno tenute a riconoscere come validi ed efficaci anche nei propri fronti tutti gli atti di ordinaria gestione compiuti dalla Delegataria per conto comune.
- h) Il Broker provvederà, per conto del Contraente, al pagamento dei premi pattuiti entro il 10 del mese successivo alla data di decorrenza della garanzia di cui al comma g) precedente nei confronti di tutti i Coassicuratori.
Pertanto il Broker dopo la comunicazione della decorrenza della garanzia di cui al comma g) precedente, sarà debitore in proprio, eventualmente in solido con il Contraente, dell'importo del premio che si impegna pertanto a versare nei tempi sopra previsti, anche qualora non vengano perfezionati i relativi documenti contrattuali.
Nell'eventualità che non vengano perfezionati i relativi documenti contrattuali, il Broker sarà debitore in proprio, eventualmente in solido con il Contraente, di una somma pari a tanti trecentosessantesimi del premio annuo concordato quanti sono i giorni intercorsi tra la data di inizio della garanzia e quella di comunicazione di annullamento della medesima.
Sono comunque dovute le imposte eventualmente già anticipate.
Il Broker, fermo l'obbligo del Contraente, si dichiara in ogni caso debitore in proprio verso la Compagnia degli importi afferenti le comunicazioni di operatività della garanzia comunicati ai sensi del precedente punto g) anche se da lui materialmente non incassati dal Contraente e si impegna a corrisponderli alla Compagnia nei modi e nei termini precedentemente indicati.
- i) Il Broker provvederà ad inviare alla Compagnia regolare denuncia dei sinistri; la Compagnia comunicherà al Broker il proprio numero di repertorio nonché, ove necessario, il nome e l'indirizzo del perito incaricato e comunicherà l'esito dei sinistri (senza seguito, importo riservato, importo liquidato).
- l) La Compagnia e/o i suoi incaricati, nei limiti del possibile, condurranno gli accertamenti e la liquidazione in contraddittorio con il Broker.
La Compagnia comunicherà al Broker qualsiasi eccezione o riserva che venisse sollevata nel corso della liquidazione.

Art.16 - Rinvio alle norme di legge

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

Art.17 – Denuncia del sinistro e relativi obblighi

La denuncia dell'infortunio dovrà contenere l'indicazione del luogo, del giorno e dell'ora dell'evento, nonché le cause che lo hanno determinato, dovrà essere corredata di certificato medico ed indirizzata al broker o alla Società, entro il 30 giorni lavorativi da quando il Settore competente alla gestione del presente contratto ne sia venuto a conoscenza e comunque non appena 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, 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 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.

SEZIONE 3 RISCHI COPERTI

Art.1 – Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio delle attività dichiarate dal Contraente.

L'assicurazione vale altresì per le garanzie di cui ai seguenti artt. 2, 3, 4, 5, 6 e 7 della presente Sezione purché richiamate per le singole categorie di Assicurati alla Sezione 6.

Si ritengono invece automaticamente prestate per tutti gli Assicurati le garanzie di cui ai seguenti artt. 8, 9, 10, 11 e 12 della presente Sezione.

Sono compresi in garanzia anche:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti o le intossicazioni conseguenti ad ingestione od assorbimento di sostanze;
- contatto con corrosivi;
- le affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi;
- l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento;
- la folgorazione;
- i colpi di sole o di calore o di freddo;
- le lesioni (esclusi gli infarti) determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico;
- gli infortuni derivanti da 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;
- gli infortuni derivanti dall'uso o guida di ciclomotori e motocicli di qualunque cilindrata, trattori e macchine agricole semoventi, veicoli a motore e natanti, a condizione che l'Assicurato in caso di guida sia in possesso, ove prescritto, di regolare patente di abilitazione alla guida medesima;
- 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;
- ernie addominali da sforzo e strappi muscolari derivanti da sforzo;
- ernie traumatiche.

Art.2 – Rimborso spese mediche

La Società garantisce, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza e fino alla concorrenza del massimale espresso per la singola categoria nell'apposita scheda della Sezione 6, il rimborso degli onorari dei medici e dei chirurghi, delle rette di degenza in ospedali e case di cura, delle spese per accertamenti diagnostici, esami di laboratorio e terapie fisiche, nonché delle spese farmaceutiche rese necessarie a seguito dell'infortunio.

Art.3 – Diaria per ricovero

La Società corrisponde, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza, l'indennità giornaliera indicata scheda della Sezione 6 fino al limite ivi stabilito, per ogni giorno di degenza, effettuato in Istituti di Cura pubblici, accreditati o privati in Italia o all'estero. Al fine del computo dei giorni di degenza, il giorno di entrata e quello di uscita sono computati come un singolo giorno.

Art.4 – Diaria per gessatura

La Società corrisponde, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza che comporti l'applicazione di apparecchio gessato o di tutori immobilizzanti equivalenti, l'indennità giornaliera indicata

nella scheda della Sezione 6 fino al limite ivi stabilito, per ogni giorno di effettiva applicazione dell'apparecchio gessato o del tutore immobilizzante equivalente.

Art.5 – Diaria per inabilità temporanea

La Società corrisponde, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza che comporti una inabilità dell'Assicurato ad attendere le sue occupazioni professionali o abituali, l'indennità giornaliera indicata nella scheda della Sezione 6 fino al limite ivi stabilito per ogni giorno di inabilità.

Art.6 – Spese di trasporto a carattere sanitario

La Società rimborsa, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza i costi eventualmente sostenuti per il trasporto dal luogo dell'infortunio ad un Istituto di Cura attrezzato, il trasporto tra Istituti di Cura e dall'Istituto di Cura al domicilio dell'Assicurato a mezzo auto-ambulanza. Il rimborso avverrà nei limiti del massimale indicato nell'apposita scheda della Sezione 6 e verrà limitato ad un massimo di due viaggi per evento.

Art.7 – Rientro sanitario

La garanzia è estesa al rimborso, fino al limite di € 1.000,00.= delle spese sostenute dall'Assicurato in caso di infortunio che lo colpiscano nel corso di una missione o viaggio disposto dal Contraente e che rendano necessario il suo trasporto con qualsiasi mezzo ritenuto idoneo in ospedale attrezzato in Italia.

Art.8 – Rimpatrio salma (valido in Italia e all'Estero)

La garanzia è estesa al rimborso delle spese sostenute per il rimpatrio della salma dell'Assicurato, in caso di decesso a seguito di infortunio o malattia che lo colpiscano nel corso di una missione o viaggio disposto dal Contraente, fino al luogo di sepoltura e ciò fino alla concorrenza di € 1.000,00.=.

Art.9 – 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, il tutto entro il limite di € 2.000,00.= per evento.

Art.10 – 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, esclusivamente durante il trasporto di 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 somme assicurate:

- € 1.000.000,00.= per il caso di invalidità permanente
- € 1.000.000,00.= per il caso morte

per persona e di:

- € 5.000.000,00.= per il caso di invalidità permanente
- € 5.000.000,00.= per il caso di morte

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.

Art.11 – Servizio militare

Per quanto riguarda il personale alle dirette dipendenze dell'Ente, durante il servizio militare di leva, il servizio sostitutivo, l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale l'assicurazione resta valida ma non comprende gli infortuni subiti durante le attività militari così come definite in precedenza.

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, nonché quali volontari del servizio civile.

Art.12 – Rischio guerra

A parziale deroga del disposto dell'Art.1 Sezione 4, 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.

SEZIONE 4 ESCLUSIONI

Art.1 – Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni occorsi:

1. in occasione di eventi direttamente connessi allo stato di guerra dichiarata o non dichiarata;
2. durante la guida e l'uso di mezzi di locomozione aerea e la guida di mezzi subacquei, salvo quanto previsto all'art. 11, Sezione 3;
3. in conseguenza di dolo o di azioni delittuose dell'Assicurato;
4. sotto influenza di stupefacenti, psicofarmaci ed allucinogeni assunti volontariamente fatto salvo se dietro prescrizione medica;
5. da 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 gare e corse (e relative prove) calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo; dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove) che comportano l'uso o la guida di veicoli a motore e natanti, salvo che si tratti di regolarità pura, dalla pratica del paracadutismo, del pugilato e dell'alpinismo;
8. a parziale deroga dell'art. 1, sez. 3, derivanti da atti terroristici posti in essere tramite l'uso di sostanze nucleari, biologiche, batteriologiche o chimiche, qualunque sia il tipo di arma e/o ordigno e/o congegno utilizzato per portare a termine l'azione. Sono comunque esclusi dalla garanzia tutti gli infortuni derivanti da atti terroristici cui l'Assicurato abbia partecipato in modo volontario.

Art.2 – Persone escluse dall'assicurazione o non assicurabili

Non sono coperte dalla presente polizza :

1. fatto salvo patto speciale, le persone di età superiore a 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 alcolismo, tossicodipendenza o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco depressive o stati paranoici, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS). L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi.

SEZIONE 5 GESTIONE DEI SINISTRI

Art.1 – 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.

a) 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.

b) 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, 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.

c) 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 relative 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.

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, se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Società paga l'importo liquidato od offerto ai beneficiari, o in difetto di designazione degli stessi, agli eredi dell'Assicurato secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

d) 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, integralmente. 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. L'indennità viene corrisposta per il periodo massimo previsto alla Sezione 6 della presente polizza.

Le diarie non sono cumulabili tra loro. In caso indennizzabilità per più diarie, è data facoltà all'Assicurato, di scegliere la liquidazione di quella avente durata o importo liquidabile maggiore.

e) SPESE MEDICHE

La Società, in caso d'infortunio rientrante nella garanzia prestata, anche se non determinante la morte o l'invalidità permanente, rimborsa all'Assicurato, fino alla concorrenza dell'importo convenuto con il massimo di quanto stabilito alla Sezione 6, le spese sostenute.

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

Art.2 – Controversie

In caso di controversie di natura medica sulla indennizzabilità dell'infortunio nonché sulla misura dei rimborsi o sulla liquidabilità delle indennità, le Parti 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 Ente 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/Contraente.

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 rifiuta di firmare il relativo verbale.

Art.3 – 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.

L'indennità viene corrisposta in Italia in Euro.

Art.4 - 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 6 SOMME ASSICURATE, FRANCHIGIE, SCOPERTI E CALCOLO DEL PREMIO

Art.1 – Somme assicurate, franchigie, scoperti e limiti di indennizzo

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 capitali assicurati specifici della singola categoria. Resta comunque inteso che la Compagnia non liquiderà indennizzi superiori ad € 6.000.000,00= qualora il sinistro coinvolga più persone.

Art.1.1 Amministratori (D.Lgs. 267/2000)

L'Assicurazione copre per le garanzie ed i massimali sottoriportati il Sindaco, il Vice Sindaco, gli Assessori e i Consiglieri Comunali limitatamente alle attività espletate in connessione con il mandato conferitogli, ivi compresi i rischi della circolazione su qualsiasi mezzo, compreso il rischio in itinere.

Garanzia	Capitalia assicurati
Caso Morte	€ 300.000,00=
Caso Invalidità Permanente	€ 300.000,00=
Spese mediche e farmaceutiche da infortunio	€ 0,00=

Numero di assicurati	17
----------------------	----

Art.1.2 Volontari e collaboratori in genere

L'assicurazione copre ogni infortunio che possano subire i volontari ed i collaboratori in genere, compreso lavoratori di pubblica utilità (LPU) e reddito di cittadinanza (RDC) che prestano attività di supporto ai servizi comunali, come ad es: pulizia e piccola manutenzione, logistica, giardinaggio, sorveglianza, eventi culturali e ricreativi, accompagnamento sui trasporti degli alunni, regolazione e direzione traffico (a.e."nonni vigili") servizio ed assistenza accompagnamento per anziani e bisognosi, disabili, assistenza sociale e domiciliare e/o presso istituti assistenziali, addetti alla biblioteca e quant'altro predisposto dal Ente, gli addetti alla Protezione Civile ivi compresi i rischi della circolazione su qualsiasi mezzo.

Garanzia	Capitali assicurati
Caso Morte	€ 80.000,00=
Caso Invalidità Permanente	€ 160.000,00=
Spese mediche e farmaceutiche da infortunio	€ 3.000,00=

Numero persona	0
----------------	---

Art.1.3 Obblighi assicurativi ex D.P.R. 333/1990 e C.C.N.L. - Infortuni conducenti e trasportati veicoli di proprietà dell'Ente, di proprietà di dipendenti e/o di terzi ed in uso per conto all'Ente, in locazione o comodato all'Ente

L'assicurazione è prestata contro gli infortuni subiti dagli Assicurati in occasione della guida di veicoli di proprietà dell'Ente, di proprietà di terzi ed in uso per conto all'Ente o in locazione o comodato all'Ente. L'assicurazione vale anche per gli infortuni subiti, in caso di fermata del veicolo durante la salita e discesa dallo stesso, durante le operazioni necessarie per la ripresa della marcia.

Garanzia	Capitali assicurati
Caso Morte	€ 100.000,00=
Caso Invalidità Permanente	€ 100.000,00=
Spese mediche e farmaceutiche da infortunio	€ 0,00=

Km percorsi	0
-------------	---

Art.1.4 Alunni scuole materne, scuole elementari e bimbi/genitori dei centri ludici

L'assicurazione copre ogni infortunio che possa occorrere ai bimbi frequentanti le scuole materne, elementari comunali e private ma convenzionate con il Comune, nello svolgimento delle attività scolastiche, compreso pre-scuola e dopo-scuola, sia nelle sedi che durante tutte le attività promosse dalle scuole stesse all'esterno degli edifici scolastici (ivi comprese gite, visite guidate, attività fisico-motorie, ecc.), nonché i genitori. L'Assicurazione è prestata altresì per gli infortuni occorsi ai sopraccitati assicurati durante il tragitto casa-scuola e viceversa sia che avvenga a piedi o qualunque altro mezzo, in quanto necessario per raggiungere la scuola, compresi gli infortuni avvenuti nell'atto di salire o di scendere dai mezzi suddetti.

L'assicurazione copre anche ogni infortunio che possa occorrere ai frequentanti, a titolo esemplificativo e non limitativo, dei centri diurni per bambini/ludoteche, dei centri di formazione professionale, dei corsi per minori, nonché dei genitori accompagnatori.

Ad integrazione dell'art. 2, Sez. 3, la Società garantisce altresì il rimborso degli onorari degli aiuti, degli assistenti, degli anestesisti e di ogni altro soggetto, per il materiale di intervento, delle visite specialistiche, nonché i pasti per i genitori che assistono il ricovero del bambino e le cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera).

Relativamente alle "Spese mediche e farmaceutiche da infortunio" la garanzia opera fino alla concorrenza del massimale assicurato per le spese non riconosciute dal Servizio Sanitario Nazionale e sostenute per le prestazioni previste alla Sezione 3) – artt. 2) e 6).

Nel caso in cui l'Assicurato non si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società effettua il rimborso nella misura dell'80% delle spese effettivamente sostenute.

Garanzia	Capitali assicurati
Caso Morte	€ 50.000,00=
Caso Invalidità Permanente	€ 200.000,00=
Spese mediche e farmaceutiche da infortunio	€ 5.000,00=
Spese di trasporto a carattere sanitario	€ 0,00=

Numero di assicurati	0
----------------------	---

Art.1.5 Condannati alla pena del Lavoro di Pubblica Utilità (c.d. LPU) e Lavoratori Socialmente Utili (c.d. LSU)

L'assicurazione copre gli infortuni che possano occorrere alle persone assicurate nello svolgimento dell'attività di operaio, manutenzione ordinaria di edifici comunali, manutenzione ordinaria del verde pubblico, del territorio e nello svolgimento dei servizi di pubblica utilità organizzati dal Contraente.

Garanzia	Capitali assicurati
Caso Morte	€ 80.000,00=
Caso Invalidità Permanente	€ 100.000,00=
Spese di trasporto a carattere sanitario	€ 0,00=
Spese mediche e farmaceutiche da infortunio	€ 0,00=

Numero persona	0
----------------	---

Art.1.6 Minori in affido

L'assicurazione copre ogni infortunio che possano subire i minori in affidamento, senza preventiva denuncia delle generalità delle persone, come risultanti dai documenti depositati presso l'Ente Contraente e che questi si impegna a mostrare a richiesta della compagnia.

Garanzia	Capitali assicurati
Caso Morte	€ 26.000,00=
Caso Invalidità Permanente	€ 155.000,00=

Numero persona	0
----------------	---

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

Il Contraente versa, a titolo di deposito premio convenuto, l'importo riportato nella seguente tabella "scomposizione del premio" rappresentante il totale degli importi per singola categoria calcolati sulla base dei tassi e premi sottoriportati.

Al termine di ogni annualità la Società calcola il premio dovuto sulla base delle variazioni comunicate dalla Contraente in sede di regolazione, il cui pagamento verrà effettuato ai sensi dell'art.5 Sezione 2 della presente polizza.

Essendo l'assicurazione prestata in forma non nominativa in base al numero degli assicurati ed altri elementi variabili riportati per ogni categoria all'art.1 della presente Sezione la regolazione del premio sarà effettuata in base agli elementi variabili di polizza presi a base per la determinazione del premio. Non vi è obbligo per la Contraente di comunicare in corso di periodo assicurativo le variazioni di numero di persone, veicoli assicurati, o qualsiasi altro dato variabile.

Categoria	Parametro riferimento	Parametro variabile	Premio lordo pro-capite o tasso lordo applicato	Totale
Art.1.1 Amministratori	Nr persone	17		€=
Art.1.2 Volontari e collaboratori in genere compreso volontari protezione civile	Nr persona	0		€=
Art.1.3 Obblighi assicurativi ex D.P.R. 333/1990 e C.C.N.L. - Infortuni conducenti e trasportati veicoli di proprietà dell'Ente, di proprietà di dipendenti e/o di terzi ed in uso per conto all'Ente, in locazione o comodato all'Ente	Nr km effettuati con auto proprietà dell'Ente e non in missione di servizio	0		€=
Art.1.4 Alunni scuole materne, elementari	Nr assicurati	0		€=
Art.1.5 Condannati alla pena del Lavoro di Pubblica Utilità (c.d. LPU) e Lavoratori Socialmente Utili (LSU)	Nr persona	0		€=
Art. 1.6 Minori in affidamento	Nr persone	0		€=

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

Art.4 – Disposizione finale

Rimane convenuto che si intendono operanti solo le presenti norme dattiloscritte.

La firma apposta dalla Contraente su moduli 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.

IL CONTRAENTE

LA SOCIETÀ