

COMUNE DI SELARGIUS

CAPITOLATO SPECIALE POLIZZA CUMULATIVA INFORTUNI

RELATIVAMENTE AI RISCHI

- **DELLA CARICA PER GLI AMMINISTRATORI**
- **PROFESSIONALI PER I DIPENDENTI**

Sommario

Definizioni	pag. 2
Norme che regolano l'assicurazione in generale.....	pag. 3
Art. 1 – Altre Assicurazioni	
Art. 2 – Decorrenza dell'assicurazione-pagamento e regolazione del premio	
Art. 3 – Durata dell'assicurazione	
Art. 4 – Dichiarazioni inesatte del Contraente/Assicurato	
Art. 5 – Variazioni di rischio	
Art. 6 – Validità esclusiva delle condizioni dattiloscritte	
Art. 7 – Coassicurazione e delega (opzionale)	
Art. 8 – Oneri Fiscali	
Art. 9 – Modifiche dell'assicurazione	
Art. 10 – Estensione territoriale	
Art. 11 – Interpretazione del contratto	
Art. 12 – Foro competente per l'esecuzione del presente contratto	
Art. 13 – Clausola Broker	
Art. 14 – Rinvio alle norme di legge	
Art. 15 – Consenso al trattamento dei dati personali	
Norme che regolano l'assicurazione Infortuni.....	pag. 5
Art. 16 – Oggetto dell'assicurazione	
Art. 17 – Esclusioni	
Art. 18 – Rischio Guerra	
Art. 19 – Morte presunta	
Art. 20 – Limiti territoriali e di risarcimento	
Art. 21 – Limiti di età	
Art. 22 – Persone non assicurabili	
Art. 23 – Esonero denuncia difetti fisici	
Art. 24 – Esonero denuncia generalità degli assicurati	
Art. 25 – Altre assicurazioni	
Art. 26 – Infortuni aeronautici	
Art. 27 – Ernie addominali da sforzo	
Art. 28 – Esposizione agli elementi	
Art. 29 – Danni estetici	
Norme che regolano l'assicurazione in caso di sinistro.....	pag. 7
Art. 30 – Denuncia dell'infortunio e obblighi relativi	
Art. 31 – Criteri di indennizzo	
Art. 32 – Morte	
Art. 33 – Invalidità Permanente	
Art. 34 – Franchigia sull'invalidità permanente	
Art. 35 – Inabilità Temporanea	
Art. 36 – Diaria giornaliera da ricovero e da gesso a seguito di infortunio	
Art. 37 – Rimborso spese di cura seguito di infortunio	
Art. 38 – Cumulo di indennità	
Art. 39 – Controversie	
Art. 40 – Rinuncia alla rivalsa	
Sezione Prima	
Sezione Seconda	
Calcolo e regolazione del premio	
Individuazione degli Assicurati	
Art. 41 – Obbligo di fornire i dati sui sinistri	

Definizioni

Alle seguenti espressioni viene convenzionalmente attribuito il significato qui precisato:

- **per Annualità assicurativa** il periodo pari o inferiore a 12 mesi compreso tra la data di effetto e la data di scadenza o di cessazione dell'assicurazione;
- **per Assicurato** il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione;
- **per Assicurazione** il contratto di assicurazione;
- **per Broker** la Samar Insurance Brokers S.r.l., intermediario autorizzato ai sensi del d. lgs. 209/2005, quale mandataria incaricata dal Contraente/Assicurato della gestione e esecuzione della presente polizza, riconosciuta in tale veste dalla Società;
- **per Contraente** il Comune di Selargius
- **per Danno** l'entità economica del sinistro;
- **per Danno corporale** il pregiudizio economico conseguente a lesioni o morte di persone;
- **per Franchigia** la parte di danno che l'Assicurato tiene a suo carico;
- **per Indennità** la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro;
- **per Infortunio** ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, un'inabilità permanente o un'inabilità temporanea
- **per Inabilità Permanente** perdita a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità generica dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione
- **per Inabilità Temporanea** la perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale della capacità dell'Assicurato
- **per Polizza** il documento che prova l'assicurazione;
- **per Premio** la somma dovuta alle Imprese Assicuratrici;
- **per Ricovero** la degenza in istituto di cura comportante almeno un pernottamento
- **per Rischio** la probabilità che si verifichi il sinistro;
- **per Rischio della carica** gli infortuni che l'Assicurato subisca, compresi quelli in itinere, durante lo svolgimento di qualsiasi adempimento relativo alla carica di Amministratore, per es. durante la partecipazione a riunioni, sopralluoghi, viaggi di trasferimento, missioni e comunque nello svolgimento di qualsiasi attività inerente il mandato ricoperto
- **per Sinistro** il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione
- **per Società** l'Impresa Assicuratrice

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art.1- Altre Assicurazioni

Il Contraente/Assicurato è esonerato dall'obbligo di comunicare alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio.

Tuttavia si conviene che se un sinistro fosse coperto dalla presente polizza, ma non dalle altre, la Società risponde per l'intero danno entro i massimali di polizza, mentre per quanto efficacemente coperto di assicurazione sia da questa polizza che dalle altre, la Società risponde soltanto in eccesso ai massimali delle suddette polizze.

Gli scoperti o franchigie previste dalla presente polizza, se inferiori, si intendono assorbiti da quelli delle altre assicurazioni, se superiori valgono solo per la differenza. In caso di sinistro il Contraente/Assicurato deve darne avviso a tutti gli Assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910, terzo comma.

Art.2- Decorrenza dell'Assicurazione – Pagamento e regolazione del premio

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza.

Il premio alla firma/prima rata deve essere corrisposto entro il sessantesimo giorno successivo a tale data.

Le rate di premio successive devono essere pagate entro le ore 24 del sessantesimo giorno dopo quello della scadenza.

Se il Contraente/Assicurato non paga entro tali termini, l'assicurazione resta sospesa e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.

I premi devono essere pagati alla Società di Brokeraggio.

Si considera come data dell'avvenuto pagamento quella dell'atto che conferisce tale ordine alla Ragioneria della Contraente, a condizione che gli estremi dell'atto vengano comunicati per iscritto **al Broker a mezzo posta elettronica con ricevuta di lettura del messaggio.**

Poiché il premio è convenuto, in tutto o in parte, in base a elementi di rischio variabili, esso viene anticipato, in via provvisoria, nell'importo risultante dal conteggio esposto 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, fermo il premio minimo eventualmente stabilito in polizza.

A tale scopo, entro centoventi giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o della minor durata del contratto, il Contraente/Assicurato deve fornire alla Società i dati necessari e cioè l'indicazione degli elementi variabili contemplati in polizza.

Le differenze risultanti dai conteggi di regolazione, devono essere pagate nei sessanta giorni successivi alla relativa comunicazione da parte della Società.

Se il Contraente/Assicurato non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti o il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società deve fessargli mediante formale atto di messa in mora un ulteriore termine non inferiore a trenta giorni, trascorso il quale 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 o il pagamento della differenza attiva e la garanzia resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente/Assicurato abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

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

La Società ha il diritto di effettuare verifiche e controlli nei limiti del D. Lgs. n. 196/2003, per i quali il Contraente/Assicurato è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie.

Le operazioni sopra menzionate saranno effettuate tramite il Broker incaricato dal Contraente/Assicurato.

Art. 3- Durata dell'Assicurazione

Il presente contratto ha durata di anni 2 (due) a decorrere **dalle ore 24.00 del 20/07/2016 alle ore 24.00 del 20/07/2018** e cesserà automaticamente alla scadenza senza obbligo di disdetta.

Al Contraente/Assicurato viene concessa peraltro la facoltà di recedere annualmente dal contratto, senza oneri e con preavviso di 60 giorni.

Precedentemente alla scadenza, il Contraente/Assicurato può fare richiesta di prosecuzione del rapporto assicurativo alla Società, qualora sussistano ragioni di economicità e/o di pubblico interesse. Fatto salvo quanto previsto al precedente comma, è in facoltà del Contraente/Assicurato chiedere alla Società la proroga della presente assicurazione, sino al completo espletamento delle procedure di gara; la Società ha facoltà di concedere la prosecuzione del rapporto di assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche in vigore, o a prorogarlo per un periodo massimo di 120 (centoventi) giorni ed il relativo rateo di premio dovrà essere anticipato in via provvisoria da parte del Contraente/Assicurato entro il termine di rispetto contrattualmente previsto per il pagamento delle rate successive.

In entrambi i casi il premio anticipato dovrà essere corrisposto entro i termini stabiliti dall'art. 2 che precede.

Art. 4- Dichiarazioni inesatte del Contraente/Assicurato: la mancata comunicazione da parte del Contraente/Assicurato di circostanze aggravanti il rischio, così come le inesatte od incomplete dichiarazioni rese all'atto della stipulazione della polizza e/o nel corso della stessa, non comporteranno decadenza dal diritto all'indennizzo né la riduzione dello stesso, sempre che il Contraente/Assicurato non abbia agito con dolo.

Ai soli fini della clausola sono equiparati al Contraente/Assicurato i suoi Amministratori, dirigenti, impiegati e dipendenti in genere, nonché le persone di cui esso deve rispondere a norma di legge.

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.

Le dichiarazioni inesatte od incomplete e le omissioni fatte con dolo possono comportare il mancato pagamento del danno, nonché la cessazione dell'assicurazione ai sensi dell'art. 1892 del Codice Civile.

Art. 5- Variazioni di rischio

Qualora nel corso del contratto si verificano variazioni che modificano il rischio, la Società può richiedere la relativa modificazione delle condizioni in corso.

Nel caso in cui il Contraente/Assicurato non accetti le nuove condizioni, la Società, nei termini di 30 giorni dalla ricevuta comunicazione della variazione, ha diritto di recedere dal contratto, con preavviso di 90 giorni. Se la variazione implica diminuzione di rischio, il premio è ridotto in proporzione a partire dalla scadenza annuale successiva alla comunicazione fatta dal Contraente/Assicurato e la Società rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 6- Validità esclusiva delle condizioni dattiloscritte

Si intendono operanti unicamente le norme di cui al testo del Capitolato Speciale per la copertura assicurativa indicato dall'Ente Contraente in sede di gara, integrato da eventuali varianti presentate dalla Società nell'offerta di gara. Conseguentemente anche la firma apposta dal Contraente/Assicurato su moduli a stampa o su schede di polizza vale solo quale presa d'atto del premio e della eventuale ripartizione del rischio tra le società partecipanti alla coassicurazione.

Art. 7- Coassicurazione e delega (opzionale)

Qualora risulti dalla polizza (o appendice) che l'assicurazione è divisa per quote fra diverse Società coassicuratrici, tenute in caso di sinistro a concorrere al pagamento dell'indennizzo liquidato a termini delle condizioni di assicurazione in proporzione della quota da esse assicurata, la sottoscritta Società assume la qualifica di Delegataria, dichiarando di aver ricevuto mandato dalle Coassicuratrici indicate nell'atto suddetto (polizza e/o appendice) a firmarlo anche in loro nome e per loro conto.

Pertanto la firma apposta dalla Società Delegataria rende l'atto valido ad ogni effetto, anche per le quote delle Coassicuratrici.

Il dettaglio dei premi accessori ed imposte spettanti a ciascuna Coassicuratrice risulta dall'apposito prospetto inserito in polizza.

Art. 8- Oneri fiscali

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

Art. 9- Modifiche dell'Assicurazione

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

Art.10- Estensione territoriale

La validità dell'assicurazione è estesa al mondo intero.

Art.11- Interpretazione del contratto

Si conviene fra le Parti che in caso di dubbia interpretazione delle norme contrattuali, verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole al Contraente/Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di assicurazione.

Art.12- Foro competente per l'esecuzione del presente contratto

Il Foro competente per qualsiasi controversia si intende quello nella cui giurisdizione è ubicata la sede legale del Contraente/Assicurato.

Art.13- Clausola Broker

Il Contraente/Assicurato dichiara di aver affidato la gestione e l'esecuzione della presente polizza, alla Samar Insurance Broker in qualità di Broker ai sensi del D Lgs. 209/2005 art. 109.

La Società riconosce pertanto che tutti i rapporti inerenti il presente contratto saranno svolti tramite la Samar Insurance Brokers. In particolare ogni comunicazione inerente l'esecuzione della presente assicurazione avverrà per il tramite del Broker incaricato e, quindi, ogni comunicazione fatta dal Broker alla Compagnia si intenderà come fatta dal Contraente/Assicurato e, parimenti, ogni comunicazione fatta dal Contraente/Assicurato al Broker si intenderà come fatta alla Compagnia.

Per quanto riguarda l'incasso dei premi, ogni pagamento effettuato al Broker dal Contraente/Assicurato costituisce quietanza per quest'ultimo.

Ad ogni effetto di legge le parti riconoscono al Broker il ruolo di cui alla legge soprarichiamata, relativamente alla gestione della presente assicurazione e per tutto il tempo della durata, incluse proroghe, rinnovi, riforme o sostituzioni.

La Società riconoscerà al Broker incaricato una retrocessione provvigionale pari al 9% dei premi imponibili di cui al presente contratto, fino a che permarrà l'incarico di brokeraggio.

Art.14- Rinvio alle norme di legge

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

Art.15- Consenso al trattamento dei dati personali

Il Contraente, ai sensi del D. Lgs 196/2003, autorizza al trattamento dei dati personali, disgiuntamente, la Società ed il Broker.

Art. 15 bis – Cauzione definitiva

La Compagnia affidataria deve costituire, prima della stipula del contratto la cauzione definitiva, in misura pari al 10% dell'ammontare netto del contratto, a garanzia dell'esatta esecuzione del contratto, degli obblighi derivanti dal capitolato, nonché del rimborso delle somme che l'Amministrazione dovesse eventualmente sostenere durante la gestione appaltata per fatto dell'appaltatore a causa di inadempimento o cattiva esecuzione del servizio. La cauzione, è costituita con le modalità di cui agli articoli 103 e 93 del D. Lgs. n. 50/2016.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Art.16- Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni che le persone assicurate subiscano nell'esercizio delle attività in seguito dichiarate, compreso il rischio in itinere.

Sono compresi in garanzia anche:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti acuti di origine traumatica, da ingestione o assorbimento di sostanze, fumi, gas o vapori
- il contatto con corrosivi;
- le affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi, esclusi il carbonchio,
- la malaria e le malattie tropicali;
- l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento;
- la folgorazione;
- i colpi di sole o di calore;
- le lesioni (esclusi gli infarti) determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico;
- gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismi, attentati, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- gli infortuni derivanti da malore ed incoscienza, vertigini;
- gli infortuni derivanti da imprudenza e negligenza anche gravi;
- gli infortuni derivanti dall'uso o guida di ciclomotori e motocicli di qualunque cilindrata, trattori e macchine agricole semoventi, veicoli a motore e natanti, a condizione che l'Assicurato sia in possesso, ove prescritto, di regolare patente di abilitazione alla guida;
- gli infortuni subiti in conseguenza di calamità naturali costituite da terremoto, maremoto, eruzione vulcanica, alluvioni, inondazioni e fenomeni connessi;
- gli infortuni causati da influenze termiche ed atmosferiche;
- le conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche e di altre cure rese necessarie da infortunio

Art.17- Esclusioni

Salvo patto speciale non sono compresi nell'assicurazione gli infortuni derivanti da:

- a) guerra e insurrezioni, salvo quanto previsto all'Art. 18 – Rischio Guerra;
- b) gli infortuni che siano conseguenza diretta od indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo e di radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, e da esposizione a radiazioni ionizzanti;
- c) gli infortuni derivanti dall'abuso di alcolici o psicofarmaci o da uso non terapeutico di stupefacenti od allucinogeni;
- d) gli infortuni occorsi in occasione di partecipazione ad imprese temerarie, salvo in quest'ultimo caso che si tratti di atti compiuti dalle persone assicurate per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa, da delitti dolosi compiuti o tentati dalle persone assicurate;
- e) le conseguenze di operazioni chirurgiche e di accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio.
- f) guida di mezzi aerei o subacquei

Art.18- Rischio Guerra

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

Art.19- Morte presunta

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termine del contratto di assicurazione, il/i corpo/i della/e persona/e assicurata/e non venga/vengano ritrovato/i, e si presume sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà ai beneficiari indicati nel contratto di assicurazione il capitale previsto per il caso di morte.

La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi 6 mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta ai termini degli artt. 60 e 62 C.C.

Nel caso che, successivamente al pagamento, risulti che la morte non si è verificata o che comunque non è dipesa da infortunio indennizzabile, la Società avrà diritto al rimborso dell'intera somma liquidata.

A restituzione avvenuta dell'intera somma liquidata, la/le persona/e assicurata/e non deceduta/e potrà/potranno far valere i propri diritti per l'invalidità eventualmente subita e residua, anche se nel frattempo fossero trascorsi oltre due anni dall'evento subito e, quindi, senza che si possano, da parte della Società, invocare eventuali termini di prescrizione, che, al più, decorreranno da quel momento.

Art.20- Limiti territoriali e di risarcimento

L'assicurazione viene prestata per tutto il mondo. In ogni caso il pagamento delle indennità verrà effettuato in Italia con moneta nazionale.

Nel caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più Assicurati, l'esborso a carico della Società non potrà superare la somma complessiva di € 3.000.000,00

Qualora le indennità liquidabili ai sensi del contratto di assicurazione eccedessero nel loro complessivo tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

Art.21- Limiti di età

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore agli ottanta anni.

Tuttavia per le persone che raggiungano tale età nel corso del contratto di assicurazione, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa al compimento di detto termine, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti, dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso verranno restituiti a richiesta del Contraente.

Art.22- Persone non assicurabili

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici.

L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi.

Il Contraente è esonerato dal notificare le malattie, le infermità, le mutilazioni ed i difetti fisici da cui fossero affette le persone assicurate.

Art.23- Esonero denuncia difetti fisici

Il Contraente e gli Assicurati sono esonerati dall'obbligo di denuncia di difetti fisici, mutilazioni e/o infermità da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipula o che dovessero in seguito sopravvenire. E' tuttavia confermato che l'indennizzabilità e la liquidazione di eventuali infortuni avverrà secondo i criteri stabiliti all'art. 31 (Criteri di indennizzo). E' altresì confermato quanto previsto agli articoli 21 e 22 che precedono.

Art.24- Esonero denuncia generalità degli assicurati

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per l'identificazione di tali persone, si farà riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione del Contraente.

Art.25- Altre Assicurazioni

Il Contraente e gli Assicurati sono esonerati dall'obbligo di denuncia di altre assicurazioni sugli stessi rischi; pertanto l'eventuale coesistenza di altre polizze stipulate personalmente dai singoli assicurati o da altri per la copertura degli stessi rischi, non pregiudica la garanzia prestata con la presente polizza

Art.26- Infortuni Aeronautici

L'Assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei da lui effettuati in qualità di passeggero su velivoli ed elicotteri eserciti da società di traffico aereo regolare, non regolare e di trasporto a domanda, nonché da autorità civili e militari in occasione di traffico civile, da ditte e privati per

attività turistica e di trasferimento e da società di lavoro aereo, esclusivamente durante trasporto pubblico passeggeri. In tale estensione non sono compresi i viaggi aerei effettuati su velivoli ed elicotteri eserciti da Società/Aziende di Lavoro Aereo, in occasione di voli diversi dal trasporto pubblico di passeggeri o da Aeroclubs.

Il rischio volo inizia nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dei suddetti aeromobili e cessa quando ne è disceso; la salita e la discesa, mediante scale ed altre attrezzature speciali aeroportuali, fanno parte del rischio del volo. Resta convenuto che la somma delle garanzie previste da questa estensione, non potrà superare per ciascuna persona assicurata i capitali di € 1.000.000,00 per il caso morte, € 1.000.000,00 per il caso di invalidità permanente totale e € 250,00 giornalieri per il caso di inabilità temporanea assoluta, e per aeromobile i capitali di € 5.000.000,00 per il caso morte, € 5.000.000,00 per il caso di invalidità permanente totale e di € 5.000,00 giornalieri per il caso di inabilità temporanea assoluta.

In detta limitazione per aeromobile rientrano anche i capitali riferiti ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio volo con estensioni contemplate da polizze infortuni cumulative stipulate dallo stesso Contraente. Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedessero gli importi sopra indicati, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno adeguate con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti.

Art.27- Ernie addominali da sforzo

L'assicurazione è estesa, limitatamente al caso di invalidità permanente e di inabilità temporanea (se prevista dal contratto), alle ernie addominali da sforzo, con l'intesa che

- qualora l'ernia risulti operabile, verrà corrisposta solamente l'indennità per inabilità temporanea fino a un massimo di 30 gg.
- qualora l'ernia, anche se bilaterale non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposta solamente una indennità non superiore al 10% 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 regolata secondo quanto previsto all'art. 39 (Controversie).

Art.28- Esposizione agli elementi

La Società, in occasione delle calamità naturali indicate in polizza e di arenamento, naufragio, atterraggio forzato o caduta di mezzo aereo, corrisponderà le somme rispettivamente assicurate per il caso Morte ed Invalidità Permanente anche in quei casi in cui gli avvenimenti di cui sopra non siano la causa diretta dell'infortunio ma, in conseguenza della zona, del clima, o di altre situazioni concomitanti (ad esempio perdita di orientamento o mancanza di cibo), l'Assicurato si trovi in condizioni tali da subire la morte o lesioni organiche permanenti.

Art.29- Danni estetici

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza che abbia per conseguenza sfregi o deturpazioni di carattere estetico non altrimenti indennizzabili, la Società rimborsa, fino ad un importo massimo di € 2.600,00 le spese documentate sostenute dall'Assicurato entro due anni dalla data del sinistro, per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di eliminare o ridurre il danno estetico, nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN CASO DI SINISTRO

Art.30- Denuncia dell'infortunio ed obblighi relativi

La denuncia dell'infortunio con una dettagliata descrizione dello stesso e delle sue cause e conseguenze, corredata di certificato medico, deve essere fatta alla Società cui è assegnato il contratto di assicurazione o al Broker, nel termine di 15 giorni dall'infortunio o dal momento in cui l'Assicurato o gli aventi diritto ne abbiano avuto possibilità. Avvenuto l'infortunio, l'Assicurato deve ricorrere alle cure di un medico e seguirne le prescrizioni, nonché informare periodicamente la Società sul decorso delle lesioni.

Quando l'infortunio abbia causato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, deve esserne dato immediatamente avviso telegrafico alla Società.

L'Assicurato, i suoi familiari od aventi diritto devono consentire alla visita di medici della Società ed a qualsiasi indagine che questi ritengano necessaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato stesso.

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

Art.31- Criteri di indennizzo

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

Parimenti, nei preesistenti casi di mutilazioni o difetti fisici, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette dell'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra e sana, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti.

Art.32- Morte

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

Per beneficiari si intendono, salvo diversa designazione da parte dell'Assicurato, gli eredi testamentari o legittimi. In caso di premorienza o commorienza dei beneficiari designati, detta somma sarà liquidata agli eredi testamentari o legittimi.

Vengono parificati al caso di morte il caso in cui l'Assicurato venga dichiarato disperso dalle competenti Autorità ed il caso di sentenza di morte presunta, ai sensi dell'art. 60 comma 3 del Codice Civile (vedi precedente art. 19 di polizza).

Art.33- Invalidità permanente

Se l'infortunio ha per conseguenza un'invalidità permanente e questa si verifica entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida per tale titolo un'indennità calcolata sulla somma assicurata per invalidità permanente, secondo la tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria per gli infortuni e le malattie professionali approvata con D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 e successive modifiche, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge.

Per gli Assicurati mancini, si conviene che le percentuali di Invalidità Permanente previste dalla citata tabella per l'arto superiore destro, varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa.

La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto, viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se si tratta di minorazione, le percentuali vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta. Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi o arti, l'indennità viene stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al limite massimo del 100%.

L'indennità per la perdita funzionale ed anatomica di una falange del pollice è stabilita nella metà, per la perdita anatomica di una falange dell'alluce nella metà e per quella di una falange di qualunque altro dito in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorati, le percentuali sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Nei casi di invalidità permanente non specificati, l'indennità è stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi elencati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla sua professione.

Nei casi di invalidità permanente di grado pari o superiore al 65% sarà liquidata l'indennità pari all'intero capitale assicurato.

Art.34- Franchigia sull'invalidità permanente

Limitatamente alla suddetta garanzia viene convenuto che:

- sulla parte eccedente € 100.000,00 e inferiore a € 200.000,00, l'indennizzo è dovuto solo se il grado di invalidità permanente è superiore al 5% del totale e l'indennità verrà liquidata solo per la percentuale di invalidità permanente eccedente il 5%.
- sulla parte eccedente € 200.000,00, l'indennizzo è dovuto solo se il grado di invalidità permanente è superiore al 10% del totale e, in ogni caso, l'indennità verrà liquidata solo per la percentuale di invalidità permanente eccedente il 10%.
- le suddette franchigie non verranno applicate nel caso che l'infortunio abbia per conseguenza un'invalidità permanente di grado pari o superiore al 25%.

Art.35- Inabilità temporanea

Si considera inabilità temporanea l'incapacità dell'Assicurato ad attendere, per un periodo di tempo limitato, alle sue occupazioni. Qualora sia provato che l'infortunio ha causato l'inabilità temporanea, la Società con riferimento alla natura e conseguenza delle lesioni riportate dall'Assicurato, liquida l'indennità giornaliera:

- a) integralmente, per tutto il tempo in cui l'Assicurato si è trovato nell'incapacità fisica di attendere alle occupazioni medesime;
- b) al 50% per tutto il tempo in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle sue occupazioni.

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 per inabilità temporanea viene corrisposta per un periodo massimo di 300 giorni da quello dell'infortunio regolarmente denunciato.

Art.36- Diaria giornaliera da ricovero e/o da gesso a seguito di infortunio

Premesso che:

- per Ricovero si intende la degenza in Istituto di cura;
- per Istituto di cura si intende l'ospedale pubblico, la clinica e la casa di cura convenzionati e non con il Servizio Sanitario Nazionale regolarmente autorizzati al ricovero dei malati, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno.
- tale indennità sarà assicurabile solamente abbinata ai rischi morte e invalidità permanente.

La Compagnia, alle condizioni previste dal presente articolo, corrisponde all'Assicurato

a) l'indennità giornaliera assicurata per ciascun giorno di degenza, in caso di suo ricovero in Istituto di cura (pubblico o privato), reso necessario da infortunio indennizzabile dalla presente polizza.

Tale indennità viene corrisposta per la durata massima di 365 giorni per ogni anno assicurativo.

b) in caso di applicazione gessato o di tutori immobilizzanti equivalenti, resi necessari da fratture osteoarticolari radiograficamente accertate o da lesioni capsulo-legamentose articolari clinicamente diagnosticate in ambiente ospedaliero, la Società liquida la diaria assicurata a partire dal giorno successivo a quello dell'infortunio regolarmente denunciato e per un periodo massimo di 120 giorni per ciascuna annualità assicurativa.

Art.37- Rimborso spese di cura a seguito di infortunio

Per la cura delle lesioni causate da infortunio indennizzabile a termini di polizza, la Società rimborsa - fino alla concorrenza del massimale assicurato - le spese sostenute:

- a) **in caso di ricovero**, per la degenza in Istituto di cura (onorari dei Medici, cure mediche, esami, diritti di sala operatoria, materiali di intervento, compreso l'acquisto di apparecchi protesici e terapeutici, trattamenti riabilitativi, rette di degenza ecc.).
- b) **relativamente alle prestazioni sanitarie extra-ricovero**, per:

accertamenti diagnostici, onorari dei medici, interventi chirurgici ambulatoriali, cure mediche e medicinali prescritti, trattamenti riabilitativi, acquisto e/o noleggio di apparecchiature terapeutiche e/o ortopediche, cure e protesi dentarie rese necessarie da infortunio, trasporto dell'Assicurato al luogo di cura o di soccorso o da un Istituto di cura all'altro con mezzi adeguati. Le spese di cui al presente comma sono rimborsate previa detrazione di una franchigia fissa di €. 50,00 per ogni infortunio.

Il pagamento e/o rimborso di quanto dovuto all'Assicurato viene effettuato a cura ultimata, su presentazione, in originale, delle relative notule, distinte e ricevute, debitamente quietanzate, in Italia ed in moneta nazionale. Gli originali presentati dall'Assicurato a documentazione del sinistro saranno restituiti dalla Società, a richiesta, previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, distinte e ricevute per ottenere il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto a termini del presente contratto dietro dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

Si considerano extra ricovero anche le spese sostenute in regime di day hospital.

Art.38- Cumulo di indennità

L'indennità per inabilità temporanea, la diaria da ricovero o gesso e le spese di cura sono cumulabili con quella per morte o per invalidità permanente. Se dopo il pagamento di una indennità per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio, ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Società corrisponderà ai beneficiari designati o, in difetto, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali, la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore, e non chiederà il rimborso nel caso contrario. Il diritto all'indennità per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi, tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Società paga agli eredi dell'Assicurato l'importo liquidato od offerto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

Art.39- Controversie

In caso di disaccordo sulla causa o sulla natura delle lesioni o sulla valutazione delle conseguenze attribuibili all'infortunio ed in ogni caso in cui insorga una controversia che abbia ad oggetto il presente contratto, le Parti hanno il diritto di adire gli organi di ordinaria giurisdizione.

Art.40- Rinuncia alla rivalsa

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi causa al diritto spettante all'Assicuratore, che abbia pagato l'indennità, di surrogarsi (v. art. 1916 C.C.) nei diritti dell'Assicurato, che potrà così esercitarli integralmente nei confronti dei terzi responsabili.

Art. 41 – Responsabilità del Contraente

Qualora l'infortunato o, in caso di morte, i beneficiari designati, non accettino a completa tacitazione per l'infortunio l'indennità dovuta ai sensi della presente polizza ed avanzino verso il Contraente maggiori pretese a titolo di responsabilità civile, detta indennità, nella sua totalità, viene accantonata per essere computata nel risarcimento 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, a favore del Contraente, delle spese da lui sostenute.

Art. 42 – Assicurazione della Responsabilità civile del Contraente

La Società risponde delle maggiori somme che il Contraente sia tenuto a pagare a titolo di Responsabilità Civile, fino alla concorrenza di un'ulteriore importo uguale a quello liquidabile per Morte, Invalidità Permanente o Inabilità Temporanea, nel caso che l'Autorità Giudiziaria dichiari la Responsabilità del Contraente con sentenza passata in giudicato. Se invece l'Assicurato (o i suoi beneficiari) dopo aver citato il Contraente recede dall'azione o è sconfitto, la Società pagherà l'indennità inizialmente accantonata per Morte, Invalidità Permanente o Inabilità Temporanea, dopo avere dedotto le spese processuali.

Nel caso di infortunio che colpisca più assicurati, il maggior esborso per l'assicurazione di cui alla presente appendice non potrà superare la somma complessiva di € 500.000,00.

La garanzia è operante per gli infortuni indennizzabili in base al contratto, esclusa la garanzia "volo".

La Società assicura, per i capitali e le garanzie sottoindicate, le persone descritte nelle successive Sezioni

SEZIONE PRIMA

RISCHI RELATIVI ALLA CARICA: vengono assicurati gli infortuni che l'Assicurato subisca, compresi quelli in itinere, durante lo svolgimento di qualsiasi adempimento relativo alla carica di Amministratore come Sindaco, vice Sindaco, Assessori, Consiglieri, Capo gabinetto e/o Segretario comunale/Direttore Generale, per es. durante la partecipazione a riunioni, sopralluoghi, viaggi di trasferimento, missioni e comunque nello svolgimento di qualsiasi attività inerente il mandato ricoperto.

La garanzia comprende altresì gli infortuni occorsi durante i trasferimenti da/per l'Ente di appartenenza, o la residenza dello stesso, ad altri Enti presso cui svolga la propria attività per effetto di convenzioni e/o incarichi in genere, in quanto ciò costituisca prestazione di servizio o sia in dipendenza dell'incarico assegnato. Esclusivamente a maggior chiarimento, si precisa che la garanzia è altresì prestata a favore del Segretario che svolga incarichi di supplenza e/o "a scavalco" presso l'Ente contraente, così come previsto per il rimborso spese e/o per il trattamento in missione, nonché i trasferimenti compiuti, per missioni o adempimenti di servizio, compresi quelli avvenuti nell'ambito cittadino e nel comune di residenza, che non comportino corresponsione di missione o indennità chilometrica.

- SOMME ASSICURATE PRO CAPITE		TASSO ANNUO LORDO
MORTE	€ 200.000,00	
INVALIDITA' PERMANENTE	€ 200.000,00	
INABILITA' TEMPORANEA		
DIARIA GIORNALIERA DA RICOVERO E/O DA GESSO	€ 80,00	
RIMBORSO SPESE DI CURA	€ 15.200,00	

NUMERO DI ASSICURATI 33

- Premio annuo lordo pro capite € _____ di cui imposte € _____

SEZIONE SECONDA

RISCHI PROFESSIONALI DEI DIPENDENTI: vengono assicurati gli infortuni che subiscano i dipendenti del Contraente, compresi quelli in itinere, durante lo svolgimento di qualsiasi adempimento.

La garanzia comprende altresì gli infortuni occorsi durante i trasferimenti da/per l'Ente di appartenenza, o la residenza dello stesso, ad altri Enti presso cui svolga la propria attività per effetto di convenzioni e/o incarichi in genere, in quanto ciò costituisca prestazione di servizio o sia in dipendenza dell'incarico assegnato.

- SOMME ASSICURATE PRO CAPITE	
MORTE	5 volte la retribuzione annua lorda con il massimo di € 200.000,00
INVALIDITA' PERMANENTE	6 volte la retribuzione annua lorda con il massimo di € 200.000,00
INABILITA' TEMPORANEA	
DIARIA GIORNALIERA DA RICOVERO E/O DA GESSO	€ 80,00
RIMBORSO SPESE DI CURA	€ 15.200,00

RETRIBUZIONI LORDE ANNUE PREVENTIVATE: € 2.850.000,00

CALCOLO E REGOLAZIONE DEL PREMIO DI CUI ALLA SEZIONE PRIMA E SECONDA

Il premio annuo lordo dovuto alla Società si intende pattuito in € _____ sulla base del numero degli Assicurati preventivamente dichiarato, che deve intendersi anche quale premio minimo comunque dovuto.

IL PAGAMENTO e la REGOLAZIONE del PREMIO verranno effettuati secondo quanto disposto dall' Art.2 che precede.

INDIVIDUAZIONE DEGLI ASSICURATI

Il Contraente è esonerato dalla preventiva denuncia delle persone assicurate. Per l'identificazione degli Assicurati, dei veicoli, dei motocicli e natanti utilizzati al momento del sinistro, faranno fede le risultanze dei registri e/o documenti tenuti dal Contraente, che peraltro si impegna ad elencare in modo analitico e cronologico:

- data e luogo della trasferta
- generalità/funzione delle persone assicurate
- chilometri percorsi
- dati identificativi del mezzo utilizzato

In caso di sinistro, il Contraente dovrà rilasciare dichiarazione dalla quale risulti che il mezzo si trovava in missione per conto e su autorizzazione dello stesso.

La garanzia vale purché il conducente sia in possesso di valida e regolare patente di abilitazione alla guida a norma delle disposizioni vigenti oppure, se in possesso di patente idonea ma scaduta, che venga rinnovata dalle competenti Autorità entro 3 mesi dalla data del sinistro, a meno che il mancato rinnovo sia determinato direttamente ed esclusivamente dal sinistro stesso.

Art.43- Obbligo di fornire i dati sui sinistri

La Società, con periodicità semestrale, si impegna a fornire al Contraente il dettaglio dei sinistri così suddiviso:

- numero assegnato alla pratica;
- data e luogo dell'evento
- data della denuncia
- importo liquidato/riservato
- stato della pratica

Il monitoraggio deve essere fornito progressivamente, cioè in modo continuo ed aggiornato dalla data di accensione della copertura fino a quando non vi sia l'esaurimento di ogni pratica.

La documentazione di cui sopra dovrà essere fornita al Contraente preferibilmente mediante supporto informatico compatibile ed utilizzabile dal Contraente stesso.

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

Art.44- Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro e fino al trentesimo giorno dal pagamento o dal rifiuto dell'indennizzo, la Società ha facoltà di comunicare a mezzo lettera raccomandata il proprio recesso dal contratto, rispettando comunque un termine di preavviso non inferiore a novanta giorni, per dar modo al Contraente/Assicurato di esperire le necessarie procedure di aggiudicazione della nuova assicurazione. Anche quest'ultimo può recedere dal contratto nel periodo intercorrente tra ogni denuncia di sinistro ed il trentesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo dovuto con le stesse modalità suindicate. Entro 30 gg. dalla data di efficacia del recesso, la Società rimborserà la parte di premio relativa al periodo di rischio non corso, al netto dell'imposta.