

POLIZZA CUMULATIVA INFORTUNI

La presente polizza è stipulata tra

e l'Ente

Contraente/Assicurato:

Comune di Cuneo

Via Roma, 28

12100 Cuneo

P.Iva/CF: IT 00480530047

C.I.G. 46468741BC

DEFINIZIONI

Nel testo della presente polizza di assicurazione le Parti attribuiscono, alle parole sotto riportate il significato di seguito indicato:

PARTI	Il Contraente e la Società.
ASSICURAZIONE	Il complesso delle garanzie previste nella presente polizza.
POLIZZA	Il documento che, sottoscritto dalle Parti, comprova il contratto di assicurazione.
SOCIETÀ	L'impresa di Assicurazione che stipula la polizza in nome proprio ovvero in qualità di Delegataria per conto delle Imprese Coassicuratrici (art. 1911 del Codice Civile).
CONTRAENTE	L'Amministrazione / Ente che stipula l'assicurazione.
ASSICURATO	Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.
PREMIO IMPONIBILE	somma dovuta dal Contraente alla Società quale corrispettivo dell'assicurazione, al netto delle sole imposte di assicurazione.
PREMIO LORDO	La somma dovuta dal Contraente alla Società quale corrispettivo dell'assicurazione, comprensivo delle imposte di assicurazione.
RISCHIO	La probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che ne possono derivare.
SINISTRO	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.
INDENNIZZO-RISARCIMENTO	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
FRANCHIGIA	La parte del danno indennizzabile che rimane a carico dell'Assicurato.

e con riferimento alla polizza:

DIPENDENTE	Le persone che hanno con l'Ente Contraente un rapporto di prestazione di lavoro subordinato.
-------------------	--

sono parificati di dipendenti:

tutti gli altri soggetti, che a qualsiasi titolo svolgono la propria attività, anche occasionalmente, per conto dell'Ente Contraente, nel rispetto della vigente legislazione in materia di rapporto o prestazione di lavoro, ed a condizione che siano assolti e rispettati dal datore di lavoro gli obblighi derivanti dalla assicurazione obbligatoria per gli infortuni INAIL.

INFORTUNIO	L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali oggettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza una invalidità permanente dell'Assicurato.
INFORTUNIO IN ITINERE	L'infortunio come definito dal T.U. – D.P.R. 30/06/1965 N. 1124 e successive modifiche ed integrazioni.
INFORTUNIO EXTRAPROFESSIONALE	Infortunio verificatosi nello svolgimento, da parte dell'Assicurato, di attività che non abbiano carattere di professionalità.
MALATTIA	Ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute dell'Assicurato non dipendente da infortunio.
CONTAGIO	L'evento dovuto a causa esterna, fortuita ed accidentale che produca modificazioni sierologiche, oggettivamente constatabili che indicano una infezione.
RICOVERO	La degenza in Istituto di cura, sia a regime esclusivamente diurno (DAY HOSPITAL), sia comportante almeno un pernottamento.
ISTITUTO DI CURA	Ogni struttura sanitaria regolarmente autorizzata all'erogazione della assistenza ospedaliera, in Italia o all'Estero. Non sono convenzionalmente considerati Istituti di cura: gli stabilimenti che hanno prevalentemente finalità dietologiche, fisioterapiche e riabilitative, le case di cura per convalescenza o lungodegenze o per soggiorni, le strutture per anziani.
ISTITUZIONE COMUNALE	Organismo strumentale dell'Ente Locale per l'esercizio di servizi sociali, dotato di autonomia gestionale (art.114, comma 2, Dlgs 267/2000)

SEZIONE 1 - CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

1.1 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni gravemente inesatte del Contraente e le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, non avvenute in buona fede possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo.

1.2 COSTITUZIONE DEL PREMIO - REGOLAZIONE DEL PREMIO

L'assicurazione è prestata in base alle dichiarazioni dell'Ente Contraente circa la consistenza numerica degli assicurati per ogni categoria o gruppo quale risulta nelle SCHEDE ASSICURATIVE.

Ove previsto nelle singole schede, eventuali variazioni in corso di contratto avranno automatica validità agli effetti della garanzia senza obbligo di comunicazione da parte del Contraente: delle variazioni si terrà conto in sede di regolazione del premio. Per altre schede è prevista la preventiva comunicazione alla Società da parte del Contraente degli assicurati: anche per tali categorie di assicurati la copertura avrà automatica efficacia e validità agli effetti della garanzia: per l'incasso del premio relativo si terrà conto in sede di regolazione del premio.

Il premio viene conteggiato moltiplicando i premi unitari riportati nelle singole SCHEDE ASSICURATIVE e convenuti per il numero dei destinatari della presente polizza, e risulta costituito da una rata pagata anticipatamente, calcolata sulla base dei dati forniti dall'Amministrazione al perfezionamento del contratto ed all'inizio di ogni annualità assicurativa, e da una eventuale regolazione calcolata sulla base dei dati consuntivi.

L'Amministrazione pertanto si impegna a fornire alla Società entro i 90 giorni successivi alla scadenza di ogni periodo assicurativo, ai fini della regolazione del premio dell'annualità precedente, gli elementi variabili come indicato nelle singole SCHEDE ASSICURATIVE.

Il premio provvisorio per il perfezionamento della polizza e per ogni annualità successiva sarà costituito dall'importo corrispondente al premio indicato nell'allegato CONTEGGIO DEL PREMIO.

Qualora la Contraente abbia fornito dichiarazioni inesatte riguardanti gli elementi variabili per il conteggio del premio, la Società riconoscerà la piena validità del contratto fermo il suo diritto a richiedere la quota di maggior premio non percepita.

1.3 PAGAMENTO DEL PREMIO

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza ancorché il premio venga versato entro i 30 giorni successivi al medesimo.

I premi devono essere pagati alla Società Assicuratrice.

Anche le eventuali appendici comportanti un incasso del premio dovranno essere pagate entro 30 giorni dalla data di ricezione, da parte della Contraente del relativo documento correttamente emesso dalla Società. Resta comunque inteso che l'assicurazione decorrerà con copertura immediata dalla ore 24 del giorno indicato nel documento di variazione.

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

Resta convenuto che è considerata a tutti gli effetti, come data di avvenuto pagamento, a prescindere da quando materialmente sarà accreditato il premio, quella dell'atto che conferisce tale ordine al Servizio Tesoreria del Contraente a condizione che gli estremi dell'atto vengano comunicati alla Società a mezzo raccomandata o telefax o email.

Si precisa che se dai controlli effettuati dall'Ente, in ottemperanza del D.M. n. 40 del 2008, risultasse un inadempimento a carico della/e Società assicuratrice/i la/e stessa/e si impegna/no a ritenere in copertura il

rischio, anche oltre i termini di mora, fino al termine delle procedure di verifica imposte dall'art. 3 del D.M. precedentemente richiamato.

1.4 MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

1.5 AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

L'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento di rischio.

Gli aggravamenti di rischio non noti alla Società o non accettati dalla stessa possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, salvo quanto previsto al precedente art. 1.1

1.6 DIMINUZIONE DEL RISCHIO

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premi successivi alla comunicazione dell'Assicurato (art. 1897 del Codice Civile) e rinuncia al relativo diritto di recesso.

1.7 RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni sinistro e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo dovuto, la Società può recedere con motivazione congruamente motivata dal contratto, tramite raccomandata A.R. con preavviso di 90 giorni. Entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte del premio, al netto dell'imposta relativa al periodo di rischio non corso.

Anche il Contraente può recedere dal contratto nel periodo intercorrente tra ogni denuncia di sinistro ed il novantesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo dovuto, fermo il diritto al rimborso della parte del premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso.

1.8 ONERI FISCALI – SPESE DI REGISTRAZIONE

Le imposte, tasse e tutti gli altri oneri stabiliti dalla Legge, presenti e futuri, relativi al premio, alle polizze ed ad altri atti da essa dipendenti, sono a carico del Contraente, anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

Qualora il Contraente intenda procedere alla registrazione della presente polizza, le spese saranno a totale carico della Società.

1.9 CONTROVERSIE E FORO COMPETENTE

Tutte le controversie derivanti dall'esecuzione del contratto saranno devolute al Giudice Ordinario — Foro competente di Cuneo.

Come previsto dall'articolo 241 — comma 1bis — del Codice degli appalti (Decreto Legislativo 163/2006), il contratto non conterrà la clausola compromissoria.

1.10 COLLEGIO MEDICO ARBITRALE

In caso di disaccordo tra la Società e l'Assicurato sull'indennizzabilità del sinistro, o nelle cause o natura delle lesioni o sulla valutazione delle conseguenze attribuibili all'infortunio, è data facoltà all'Assicurato di procedere, in alternativa al ricorso all'Autorità Giudiziaria, anche mediante il ricorso ad un arbitrato costituito da un Collegio Medico che risiede nella Sede dell'Istituto di Medicina Legale della sede Universitaria più vicina alla residenza o domicilio dell'Assicurato.

Il Collegio Arbitrale è composto di tre Medici di cui due nominati dalla Società e dall'Assicurato, uno per ciascuno, ed il terzo d'accordo fra i due primi, o, in difetto, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio Arbitrale.

Gli arbitri, tenendo presenti le condizioni del contratto di assicurazione, decidono a maggioranza inappellabilmente come amichevoli compositori senza alcuna formalità giudiziaria; le loro decisioni impegnano le Parti anche se l'arbitro dissenziente non le ha sottoscritte.

Limitatamente ai casi di INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO è data facoltà al Collegio Medico Arbitrale, qualora ravvisi la opportunità di rinviare la definitiva valutazione del danno, di liquidare all'Assicurato un anticipo dell'indennità, fermo restando che l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente dovrà avvenire comunque entro tre anni dalla data dell'infornio.

La Società e l'Assicurato sostengono le proprie spese e remunerano il proprio Medico designato e contribuiscono per la metà delle spese e competenze del terzo Medico.

1.11 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

1.12 COASSICURAZIONE

Qualora la Società intenda avvalersi dell'istituto della coassicurazione diretta, si stabilisce che in questo caso la Società assumerà la definizione di SOCIETÀ DELEGATARIA e la percentuale di rischio assicurato a carico della SOCIETÀ DELEGATARIA, quale propria ritenzione di assicurazione non potrà essere inferiore al 60% (sessanta per cento) del rischio globale, e la ritenzione delle SOCIETÀ COASSICURATRICI non potrà essere inferiore al 20% (venti per cento) del rischio globale.

Le Società partecipanti al rischio, in qualità di SOCIETÀ COASSICURATRICI, saranno tenute a riconoscere come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di gestione della polizza compiuti dalla SOCIETÀ DELEGATARIA per conto comune, compresa la registrazione della presente polizza, se richiesta dal Contraente, mentre i rapporti con il Contraente saranno tenuti esclusivamente dalla SOCIETÀ DELEGATARIA.

Ognuna delle SOCIETÀ COASSICURATRICI concorrerà al pagamento degli indennizzi liquidati a termini di polizza, in proporzione alla quota di assicurazione rispettivamente assunta, e sarà responsabile soltanto per essa, non implicando il rapporto di coassicurazione alcuna responsabilità solidale (art. 1911 del Codice Civile).

Le firme apposte dalla SOCIETÀ DELEGATARIA e dalle SOCIETÀ COASSICURATRICI sul contratto di assicurazione lo rendono valido ad ogni effetto nei confronti del Contraente.

Il dettaglio dei capitali assicurati, dei premi imponibili, delle imposte spettanti a ciascuna delle SOCIETÀ COASSICURATRICI, risulta su apposito prospetto allegato alla presente polizza.

1.13 EFFETTO, DURATA DELL'ASSICURAZIONE - ESCLUSIONE TACITO RINNOVO AUTOMATICO, PROROGA TEMPORANEA, RISOLUZIONE ANTICIPATA DEL CONTRATTO.

Il contratto ha la durata indicata in frontespizio pari ad anni tre e cesserà irrevocabilmente alla scadenza di tale periodo.

L'Assicurato si riserva la facoltà di richiedere, entro il 30 giorno antecedente alla scadenza della polizza, una proroga temporanea del contratto finalizzata all'espletamento od al completamento delle procedure di aggiudicazione della nuova assicurazione, la Società a fronte della corresponsione del relativo rateo di premio pagato si impegna sin d'ora a prorogare l'assicurazione alle condizioni contrattuali ed economiche per un periodo massimo di 180 (centottanta) giorni decorrenti dalla scadenza. Il contraente si impegna a versare il premio relativo al predetto periodo entro 30 (trenta) giorni dalla data di effetto del medesimo periodo di proroga.

Il Contraente e la Società hanno facoltà di rescindere dal contratto al termine di ogni periodo assicurativo annuo, mediante lettera raccomandata con avviso di ritorno da spedirsi alla Società o al Contraente almeno 60 (sessanta) giorni prima della data di scadenza.

1.14 FORMA E VALIDITÀ DELLE COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni intercorrenti tra la Società ed il Contraente debbono essere fatte per mezzo di

lettera raccomandata A.R. o telegramma o telefax, posta elettronica, anche certificata. Le comunicazioni possono essere effettuate, se ritenuto necessario, per il tramite del consulente incaricato.

1.15 ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI

Poiché la presente assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per la loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 del Codice Civile.

1.16 PRESCRIZIONE DEI DIRITTI

I diritti derivanti dal presente contratto di assicurazione si prescrivono entro anni due dal giorno in cui si è verificato il fatto sul quale il diritto si fonda, ai sensi dell'art. 2952 del Codice Civile.

1.17 TRACCIABILITÀ DEI FLUSSI FINANZIARI

L'appaltatore assume tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'articolo 3 della legge 13 agosto 2010, n. 136 s.m.i. In particolare si impegna a comunicare all'ente, nei termini di legge, gli estremi identificativi del conto corrente dedicato alla commessa pubblica di cui all'oggetto, da utilizzare per l'effettuazione di tutti i movimenti finanziari relativi ai lavori, servizi e forniture connessi all'affidamento in oggetto. A tal fine l'impresa affidataria si obbliga a effettuare i pagamenti esclusivamente tramite lo strumento del bonifico bancario o postale, salvo le eccezioni previste dallo stesso articolo 3 della legge 13 agosto 2010, n. 136 s.m.i., purché siano effettuati con strumenti idonei a garantire la piena tracciabilità delle operazioni per l'intero importo dovuto.

L'appaltatore s'impegna a dare immediata comunicazione alla stazione appaltante e alla Prefettura-Ufficio Territoriale del Governo della provincia di Cuneo — della notizia dell'inadempimento della propria controparte (subappaltatore/subcontraente) agli obblighi di tracciabilità finanziaria.

Qualora l'appaltatore non assolva gli obblighi previsti dall'articolo 3 della legge n. 136/2010 s.m.i. per la tracciabilità dei flussi finanziari relativi all'appalto, il contratto si risolve di diritto ai sensi del comma 8 del medesimo articolo 3.

L'Amministrazione verifica, in occasione di ogni pagamento all'appaltatore, l'assolvimento, da parte dello stesso, degli obblighi relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari.

L'aggiudicazione e l'esecuzione dell'appalto in oggetto è soggetta alla normativa vigente in materia di lotta alla delinquenza mafiosa.

1.18 INTERVENUTA DISPONIBILITÀ DI CONVENZIONI CONSIP O ACCORDI QUADRO RESI DISPONIBILI DA CENTRALI DI COMMITTENZA

L'Ente Contraente si riserva di recedere anticipatamente dal contratto, ai sensi delle vigenti norme, qualora accerti la disponibilità di nuove convenzioni Consip o accordi quadro di centrali di committenza che rechino condizioni più vantaggiose rispetto a quelle praticate dalla Società affidataria della presente polizza, nel caso in cui la Società non sia disposta ad una revisione del prezzo in conformità a dette iniziative.

Il recesso diverrà operativo previo invio di apposita comunicazione alla Società, con indicato un preavviso non inferiore ai 15 giorni.

Entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso anticipato la Società provvede ad emettere opportuno documento amministrativo riportante :

- Il rimborso della parte del premio annuo della polizza relativa al periodo di rischio non corso, al netto della imposta di assicurazione;
- L'incasso di un premio forfettario costituito dalla somma di :

- a) un premio pari al 10% del premio residuo calcolato sino alla scadenza della prima rata annuale;
- b) un premio pari al 10 % del premio annuo calcolato per ogni anno successivo di durata residua della polizza.

1.19 CLAUSOLA DI GESTIONE

La Società prende atto che l'Ente contraente ha affidato con proprio atto amministrativo (Determina n. 131/2012 – Settore Ragioneria) alla società Aon S.p.A. l'incarico di assistenza nella gestione del presente contratto assicurativo, in qualità di consulente la cui attività si esplica in affiancamento all'Ente contraente. La Società riconosce pertanto che ogni comunicazione relativa alla presente assicurazione potrà avvenire anche per il tramite della Aon S.p.A. ed i rapporti inerenti alla presente assicurazione potranno anche essere svolti per conto dell'ente contraente dalla Aon S.p.A.

La Società prende atto che il pagamento dei premi della presente polizza non avverrà per il tramite della società Aon s.p.a.

1.20 INFORMAZIONI SUI SINISTRI- ANDAMENTO DEL RISCHIO

La Società o l'Agenzia alla quale è assegnato il contratto, con cadenza annuale entro il 31 marzo di ciascuna annualità, si impegna a fornire al Contraente dei tabulati contenenti i dati relativi all'andamento del rischio dall'inizio del contratto assicurativo, possibilmente in formato elettronico (Excel).

Tali tabulati dovranno riportare per ciascun sinistro:

- numerazione attribuita alla pratica
- data di accadimento
- stato di gestione del sinistro (aperto / riservato / liquidato / senza seguito)
- importo liquidato o posto a riserva

Si precisa in proposito che:

- in previsione della scadenza definitiva del contratto, ed al fine di consentire l'indizione di una nuova procedura di gara, 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;
- l'obbligo di fornire i dati in argomento permane anche successivamente alla definitiva scadenza del contratto, a fronte di formale richiesta scritta da parte del Contraente, da inviarsi con cadenza annuale a far tempo dalla data di cessazione della polizza.

1.21 DICHIARAZIONE DI EMISSIONE

La presente polizza è stata emessa in _____ in data _____ in numero di 4 esemplari ad un unico effetto ed è formata da n. _____ pagine dattiloscritte.

La Società

L'Ente Contraente

SEZIONE 2 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

2.1 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione vale per gli INFORTUNI subiti dalle persone assicurate che sono individuate nelle SCHEDE ALLEGATE.

Si considerano indennizzabili anche i seguenti eventi:

- a) l'asfissia non di origine morbosa;
- b) gli avvelenamenti acuti di origine traumatica, da ingestione o assorbimento di sostanze;
- c) contatto con corrosivi;
- d) le affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnoidi, esclusi il carbonchio, la malaria e le malattie tropicali;
- e) l'annegamento;
- f) l'assideramento o congelamento;
- g) la folgorazione;
- h) i colpi di sole o di calore;
- i) le ernie traumatiche, le lesioni (esclusi gli infarti) determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico; le distorsioni di articolazioni come stiramenti e strappi a muscoli, nervi, legamenti e capsule di arti o colonna vertebrale a seguito di improvviso scostamento da processi motori preordinati;
- j) gli infortuni cagionati da colpa grave dell'Assicurato ;
- k) gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismo, attentati, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- l) gli infortuni derivanti da malore ed incoscienza;
- m) gli infortuni derivanti da imprudenza e negligenza anche gravi dell'Assicurato;
- n) gli infortuni conseguenti ad atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana e per legittima difesa;
- o) 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;
- p) gli infortuni subiti in conseguenza di calamità naturali costituite da terremoto, maremoto, eruzione vulcanica, alluvioni, inondazioni e fenomeni connessi;
- q) gli infortuni causati da influenze termiche ed atmosferiche;
- r) gli infortuni derivanti da abuso di alcolici, con l'esclusione di quelli subiti alla guida di veicoli e/o natanti in genere e con esclusione di quanto previsto dal successivo art. 2.6

2.2 ESCLUSIONI

Non sono compresi nell'assicurazione gli infortuni derivanti da:

- a) dalla guida di mezzi di locomozione aerei;
- b) dalla pratica di sport aerei in genere, del paracadutismo, del salto dal trampolino con sci o idrosci dello sci acrobatico e del bob, lotte e pugilato;
- c) partecipazione a gare e corse (e relative prove) 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;

ed inoltre sono esclusi:

- a) gli infortuni derivanti da guerra e insurrezioni, (salvo quanto previsto dal successivo art. 2.3 – Rischio guerra), da delitti dolosi compiuti o tentati all'Assicurato;

- 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 psicofarmaci o da uso non terapeutico di stupefacenti od allucinogeni;
- d) gli infortuni occorsi in occasione di partecipazione ad imprese temerarie, salvo che si tratti di atti posti in essere dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana, per legittima difesa e avvenuti durante lo svolgimento delle attività assicurate nelle SCHEDE ALLEGATE e dalle medesime necessitate;
- e) le conseguenze di operazioni chirurgiche e di accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio.

Sono comunque sempre esclusi l'infarto e le ernie non traumatiche.

2.3 ESTENSIONI DI GARANZIA:

- A) *RISCHIO VOLO*
- B) *RISCHIO GUERRA*
- C) *MORTE PRESUNTA*
- D) *INTERVENTI DI CHIRURGIA PLASTICA*

A) RISCHIO VOLO

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato può subire, in qualità di passeggero, durante i viaggi aerei di trasferimento su veicoli o elicotteri da chiunque gestiti, comprese le Società/Aziende di lavoro aereo Enti Pubblici e Forze Armate, ma esclusi gli Aeroclubs, e Aziende di lavoro aereo in voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri.

La garanzia di cui al presente punto non è valida per gli infortuni che l'Assicurato può subire durante l'uso di apparecchi per il volo sportivo o da diporto (quali alianti, deltaplani, ultraleggeri, parapendii o simili).

L'Assicurazione vale anche per gli atti di pirateria aerea, sabotaggio, dirottamento purchè non conseguenti a guerra (anche non dichiarata) o insurrezioni, salvo quanto previsto all'art. 2.3 lettera B.

Agli effetti dell'assicurazione, il viaggio aereo comincia nel momento in cui l'assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si conclude nel momento in cui ne discende, intendendosi comprese nel rischio anche la salita e la discesa mediante l'uso di scale o altre attrezzature aeroportuali.

Resta convenuto però che in caso di unico evento il quale colpisca più persone assicurate con la presente polizza, l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà superare la somma di **€ 5.200.000** per aeromobile.

Qualora gli esborsi complessivamente a carico della Società per i propri Assicurati eccedano il limite sopra indicato, gli indennizzi spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotti in proporzione alle rispettive somme garantite.

B) RISCHIO GUERRA

La garanzia viene estesa agli infortuni avvenuti all'estero (escluso comunque il territorio della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino) derivanti da stato di guerra civile, guerra, invasione, atti nemici, ostilità (sia che la guerra sia dichiarata e 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.

C) MORTE PRESUNTA

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termine del contratto di assicurazione, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato, 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 del Codice Civile.

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, l'Assicurato non deceduto potrà 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.

D) INTERVENTI DI CHIRURGIA PLASTICA

Per la cura delle lesioni causate da infortunio indennizzabile a termini di polizza la Società rimborsa fino alla concorrenza di €. 5.000,00 le spese effettivamente sostenute in caso di intervento riparatore del "danno estetico", per le spese di chirurgia plastica.

Tali spese sono rimborsabili purché l'intervento riparatore avvenga entro due anni dal giorno dell'infortunio (provato da cartella clinica descrittiva di un Istituto di Cura) e non oltre un anno dalla scadenza del contratto.

Per "danno estetico" si intende la deturpazione obiettivamente constatabile subita dall'Assicurato.

Il rimborso delle spese per "danno estetico" è cumulabile con ogni altro indennizzo garantito dalla Società con la presente polizza.

2.4 RESPONSABILITÀ DEL CONTRAENTE

Qualora l'infortunato o, in caso di morte, i suoi beneficiari non accettino, a completa tacitazione per l'infortunio, l'indennità dovuta ai sensi della presente polizza e 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 rimangono in essa soccombenti, l'indennità accantonata viene agli stessi pagata sotto deduzione delle spese giudiziarie sostenute dal Contraente e/o dalla Società.

Fermo quanto precede, la Società risponde delle maggiori somme che il Contraente fosse tenuto a pagare rispettivamente per Morte, Invalidità Permanente in eccedenza alle indennità liquidate in base alla polizza e fino a concorrenza di un'ulteriore importo uguale a quello di detta indennità.

Nel caso di più Assicurati che hanno subito infortunio nel medesimo evento l'esborso totale a carico della Società, in eccedenza all'indennizzo dovuto in base alle somme assicurate non potrà superare la somma complessiva di € 800.000 indipendentemente dal numero delle persone infortunate.

Se per un infortunio viene iniziato un procedimento penale o una causa in sede civile, il Contraente dovrà darne comunicazione alla Società, appena ne abbia conoscenza; parimenti dovrà informare questa di qualsiasi domanda proposta da infortunati o loro beneficiari o aventi diritto per conseguire risarcimenti a titolo di responsabilità civile, trasmettendole in ogni caso documenti, notizie e quant'altro riguarda la vertenza.

La Società assume fino a quando ne ha interesse, e sostenendone le spese a termini di legge, la gestione delle vertenze tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, sia civile che penale, a nome del Contraente, avvalendosi di tutti i diritti ed azioni ad esso competenti.

2.5 LIMITI DI ETÀ

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore ai settantacinque anni, fatto salvo quanto espressamente derogato nelle specifiche SCHEDE ASSICURATIVE.

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.

2.6 PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcoolismo, 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.

2.7 ESONERO DENUNCIA GENERALITÀ DEGLI ASSICURATI

Il Contraente è esonerato dall'obbligo dalla preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per l'identificazione di tali persone, si farà riferimento alle risultanze dei libri del Contraente o ad altri documenti probatori depositati presso il Contraente, o registri previsti per Legge.

2.8 ALTRE ASSICURAZIONI

È data facoltà al Contraente di non comunicare le altre assicurazioni che ogni Assicurato avesse in corso o che stipulasse in futuro con altre Imprese per gli stessi rischi assicurati con il presente contratto di assicurazione.

In caso di sinistro, per l'Assicurato si richiama il disposto dell'art. 1910 del Codice Civile.

2.9 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 o all'ufficio all'uopo incaricato entro 15 giorni dall'infortunio o dal momento in cui l'Ufficio preposto dell'Ente Contraente abbia avuto informazione dell'evento direttamente dall'Assicurato o, in caso di morte, dagli aventi diritto del medesimo.

Avvenuto l'infortunio, l'Assicurato deve ricorrere alle cure di un medico e seguirne le prescrizioni, nonché informare periodicamente la Società o l'ufficio all'uopo incaricato sul decorso delle lesioni.

Quando l'infortunio abbia causato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, l'Ente Contraente è tenuto a dare immediatamente avviso telegrafico o a mezzo di posta elettronica certificata 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, 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.

2.10 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 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 preesistenti casi di mutilazioni o difetti fisici, l'indennità 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, fermo quanto stabilito dell'art. 2.12 della presente assicurazione.

2.11 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.

Sono parificati al caso di morte: il caso in cui l'Assicurato venga dichiarato disperso alle competenti Autorità, il caso di sentenza di morte presunta, ai sensi dell'art. 60 comma 3 del codice civile, nonché lo stato dichiarato di “coma irreversibile” dell'Assicurato, conseguente ad infortunio.

2.12 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 ed integrazioni, 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.

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

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.

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.

2.13 ANTICIPO SU INDENNIZZI

L'Assicurato può richiedere alla Società un anticipo sugli indennizzi per INVALIDITÀ PERMANENTE, trascorsi almeno 120 giorni dalla data della denuncia dell'infortunio e fino ad un massimo del 50% del presumibile indennizzo stesso, a condizione che la presunta percentuale di INVALIDITÀ PERMANENTE stimata dalla Società, in base alla documentazione acquisita, sia superiore al 25% del totale.

Tale valutazione provvisoria deve ritenersi non impegnativa rispetto alla definitiva valutazione del danno.

Le richieste di anticipo su indennizzo potranno essere accolte dalla Società a condizione che non siano sorte contestazioni sulla operatività delle garanzie.

Il pagamento degli anticipi sugli indennizzi sarà effettuata dalla Società entro 30 giorni dalla data della richiesta avanzata dall'Assicurato, salvo il diritto della Società stessa alla restituzione di quanto corrisposto qualora emergessero successivamente fatti tali da invalidare, in tutto o in parte, le garanzie assicurative.

Resta in ogni caso inteso che l'anticipo corrisposto sarà dedotto da quanto dovuto, in sede di liquidazione definitiva.

2.14 PROVA

È a carico di chi domanda l'indennità di provare che sussistono tutti gli elementi che valgono a costituire il suo diritto a termini di polizza.

2.15 LIQUIDAZIONE DELL'INDENNITÀ AL CONTRAENTE

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquida l'indennità che risulta dovuta, né da comunicazione agli interessi ed **invia esclusivamente e direttamente** all'Ente Contraente gli "ATTI DI LIQUIDAZIONE" del sinistro, atti che dovranno essere regolarmente sottoscritti sia dal Contraente sia dall'Assicurato (o dagli aventi diritto del medesimo).

La Società provvede al pagamento della indennità, nei 30 (trenta) gironi successivi alla restituzione degli "ATTI" debitamente sottoscritti dal Contraente e dall'Assicurato (o dagli aventi diritto del medesimo).

2.16 RINUNCIA AL DIRITTO DI 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 (Vedi art. 1916 del Codice Civile) nei diritti dell'Assicurato, che potrà così esercitarli integralmente nei confronti dei terzi responsabili.

La Società

L'Ente Contraente

SEZIONE 3 - CONDIZIONI PARTICOLARI SEMPRE OPERANTI

3.1 LIQUIDAZIONE DELLE INDENNITÀ IN BASE ALLA RETRIBUZIONI (valida per le schede "B" e "C")

- a) L'Amministrazione è esonerata dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per la loro identificazione e per la determinazione dei capitali assicurati (morte e I.P.) per persona si farà riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione del Contraente tenuti obbligatoriamente per legge.
- b) Agli effetti assicurativi per retribuzione si intende quanto per il dipendente viene comunicato al competente ENTE PREVIDENZIALE quale LORDO per il conteggio dei relativi contributi.
- c) Per la liquidazione delle indennità è considerata retribuzione annua dell'infortunato quella a lui corrisposta, per i titoli di cui sopra, nei 12 mesi precedenti il mese nel quale si è verificato l'infortunio. Se il rapporto di lavoro dell'infortunato è inferiore a 12 mesi, la retribuzione maturata nel periodo di lavoro effettivo viene rapportata ad anno.

3.2 RENDITA VITALIZIA

In caso di infortunio che determini, come conseguenza diretta ed esclusiva, una invalidità permanente accertata maggiore del 65% della totale, in aggiunta al previsto indennizzo per l'invalidità, la Società – mediante accensione a favore dell'Assicurato di una polizza Rendita Vita Rivalutabile – assicura il pagamento di una rendita vitalizia, rivalutabile, dell'importo iniziale di € 6.200,00 lorde annue e per una durata di SEI ANNI.

L'effetto della polizza Vita avrà la stessa data del giorno della sottoscrizione dell'atto con il quale si è accertato il grado di invalidità. Il pagamento della prima rata della rendita (che risulterà dall'adeguato documento rilasciato all'infortunato), sarà effettuato 12 mesi dopo l'effetto della polizza Vita, e la rendita sarà corrisposta a condizione che l'infortunato sia in vita.

3.3 INDENNIZZO IN CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE – APPLICAZIONE DELLE FRANCHIGIE RELATIVE - INDENNIZZO PER INVALIDITÀ TOTALE

Qualora si verifichi un infortunio risarcibile a termini di polizza, la Società effettua, in caso di **INVALIDITÀ PERMANENTE**, il pagamento di una percentuale della somma assicurata per invalidità permanente, in proporzione al grado d'invalidità permanente accertato secondo i criteri e le percentuali indicate al precedente art. 2.12 delle Norme che Regolano l'Assicurazione Infortuni, con le seguenti modalità:

- sulla parte di somma assicurata fino a € 100.000,00 l'indennizzo è dovuto solo se il grado d'invalidità permanente è superiore al **3%** della totale; in tal caso l'indennità verrà liquidata solo per la percentuale di invalidità permanente eccedente il **3%**;
- sulla parte di somma assicurata oltre €. 100.000,00 e fino a €. 400.000,00, l'indennizzo è dovuto solo se il grado di invalidità permanente è superiore al **5%** della totale; in tal caso l'indennità verrà liquidata solo per la percentuale di invalidità permanente superiore al **5%**.

Resta comunque stabilito che in caso di INVALIDITÀ PERMANENTE di grado pari o superiore al 30% (trentapercento) lo schema sopra proposto non verrà applicato.

3.4 INDENNIZZO PER INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE

In caso di **INVALIDITÀ PERMANENTE di grado pari o superiore al 65% della totale**, la Società liquiderà un indennizzo in misura pari al 100% del capitale assicurato per invalidità permanente totale.

3.5 LIMITAZIONE RELATIVA ALLE ERNIE

Con riferimento alle ernie addominali traumatiche si dà atto che:

- nel caso in cui l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico sarà corrisposta un'indennità a titolo di Invalidità Permanente **non superiore al 10%** della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente Totale;

- qualora insorga contestazione circa la natura o l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al collegio medico arbitrale di cui all'articolo 1.10 delle condizioni generali.

La Società

L'Ente Contraente

SEZIONE 4 - CONDIZIONI ESPRESSAMENTE ACCETTATE

Agli effetti degli artt. 1341 e 1342 codice civile, l'Ente Contraente dichiara di approvare specificatamente le disposizioni dei seguenti articoli:

Sezione 1 - Condizioni generali di assicurazione:

- 1.1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio
- 1.7 Recesso in caso di sinistro

Sezione 2 - Norme che regolano la assicurazione infortuni

- 2.2 Esclusioni
- 2.5 Limiti d'età
- 2.6 Persone non assicurabili

Sezione 3 - Condizioni particolari sempre operanti

- 3.3 Indennizzo in caso di invalidità permanente (franchigia)

Luogo, data

La Società

L'Ente Contraente

SCHEDE ASSICURATIVE

SCHEDA “A”

PERSONE ASSICURATE: AMMINISTRATORI del COMUNE e delle ISTITUZIONI COMUNALI (art. 36, comma 1 e art.114, comma 2 del D.LGS. 267/2000)

DESCRIZIONE DEL RISCHIO

La garanzia viene prestata esclusivamente per gli infortuni avvenuti durante ed in conseguenza dello svolgimento di qualsiasi incarico per conto del Comune o delle Istituzioni Comunali, compresi i rischi della circolazione stradale, infortunio in itinere, sopralluoghi e comunque nello svolgimento di ogni altra mansione inerente al mandato istituzionale ricoperto, nonché per le mansioni svolte in rappresentanza del Comune o delle Istituzioni Comunali in altri organi collegiali. Per la identificazione degli assicurati si farà riferimento alla documentazione depositata presso l’Ente Contraente.

LIMITI DI ETÀ (valida per tutti gli assicurati)

A parziale deroga dell’art. 2.5 delle NORME CHE REGOLANO L’ASSICURAZIONE INFORTUNI, la garanzia vale per le persone di età non superiore ad anni novanta.

SOMME ASSICURATE PER OGNI PERSONA

GRUPPO A:

n° 1 SINDACO

n° 6 ASSESSORI

Morte	€ 300.000
Invalità Permanente	€ 400.000
Diaria per ricovero	€ 100
Rimborso spese	€ 10.000
Rientro sanitario	€ 3.000

GRUPPO B:

n° 32 CONSIGLIERI COMUNALI

n° 1 PRESIDENTE ISTITUZIONE SCUOLA “LATTES”

Morte	€ 300.000
Invalità Permanente	€ 400.000
Diaria per ricovero	€ 100
Rimborso spese	€ 10.000
Rientro sanitario	€ 3.000

GRUPPO C:

n° 6 MEMBRI DEL CDA DELLA ISTITUZIONE “SCUOLA LATTES”

Morte	€ 300.000
Invalità Permanente	€ 400.000
Diaria per ricovero	€ 100
Rimborso spese	€ 10.000
Rientro sanitario	€ 3.000

GARANZIE AGGIUNTIVE e RELATIVE CONDIZIONI**A) DIARIA PER RICOVERO DA INFORTUNIO IN ISTITUTO DI CURA**

In caso di ricovero reso necessario dall'infortunio, la Società corrisponde la diaria assicurata per ogni pernottamento fino al massimo di 120 pernottamenti, anche non consecutivi, per ogni infortunio. Il giorno di dimissione non è indennizzabile.

In caso di Day Hospital ovvero di Day Surgery, la Società liquida una speciale indennità pari al 50% dell'indennità giornaliera prevista.

Qualora, a seguito di ricovero, venga applicata una ingessatura o altro sistema di contenimento degli arti, con tutori immobilizzanti equivalenti, la diaria indicata nella scheda viene corrisposta dalla Società per ogni giorno di effettiva applicazione dell'apparecchio gessato o del tutore immobilizzante equivalente.

B) RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO

La Società rimborsa all'Assicurato, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza e fino alla concorrenza del massimale, espresso nella scheda:

b.1) il rimborso degli onorari dei medici e dei chirurghi, delle rette di degenza (compreso il ricovero diurno "Day Hospital" e la chirurgia ambulatoriale "Day Surgery") in ospedali e case di cura, (Istituti ed Enti pubblici e/o privati), delle spese per accertamenti diagnostici e radiografici, esami ed analisi di laboratorio in genere; per terapia fisica (purché regolarmente prescritta); per protesi oculari ed acustiche; delle spese per materiali di cura e medicinali resesi necessarie a seguito dell'infortunio; per altri ticket sanitari; le spese successive all'infortunio, anche se non in presenza di ricovero o intervento chirurgico. Rimangono espressamente escluse le spese sostenute per operazioni di chirurgia plastica, salvo quelle rese necessarie per eliminare o contenere il grado di invalidità permanente.

b.2) i costi eventualmente sostenuti per il trasporto a mezzo ambulanza (e se l'emergenza lo richiede a mezzo elisoccorso) dal luogo dell'infortunio ad un Istituto di Cura attrezzato. La garanzia si estende al trasporto per trasferimento tra Istituti di Cura (se preventivamente autorizzato dal personale medico) ed al trasporto dall'Istituto di Cura al domicilio dell'Assicurato avvenuto a mezzo auto-ambulanza.

b.3) ai fini della liquidazione dei rimborsi da parte della Società, resta stabilito quanto segue:

la domanda di rimborso, corredata dalle ricevute originali di quanto pagato per i titoli suindicati, deve essere presentata alla Società, pena decadenza, entro 60 giorni dal termine della cura medica.

A richiesta, la Società restituisce i predetti originali, previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato. Qualora gli originali delle notule, distinte e ricevute siano state presentate a terzi (SSN, ecc.) per ottenere il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto a termini della presente assicurazione dietro dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi. Relativamente alle spese sostenute all'estero in Paesi che non appartengono all'area dell'Euro-zona, i rimborsi vengono eseguiti in Italia in valuta italiana, al cambio medio della settimana in cui la spesa è sostenuta, ricavato dalle quotazioni dell'U.I.C. Il rimborso viene effettuato all'Assicurato o, in caso di morte, ai suoi beneficiari.

C) RIENTRO SANITARIO (DALL'ESTERO) – RIMPATRIO DELLA SALMA

c.1) La garanzia prevede il rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato in caso di infortunio che lo colpisca nel caso di una missione o viaggio all'estero disposto dal Contraente e che rendano necessario il suo trasporto con qualsiasi mezzo ritenuto idoneo in ospedale attrezzato in Italia.

c.2) In caso di decesso avvenuto all'estero a seguito di evento indennizzabile ai sensi di polizza, la Società rimborsa le spese sostenute per il trasporto della salma in patria entro il limite massimo della somma assicurata.

Per entrambi i casi la Società provvederà al rimborso delle spese sostenute su presentazione di regolare documentazione.

CONTEGGIO DEL PREMIO ANNUO LORDO

GRUPPO A	
premio lordo per persona	€
premio annuo lordo complessivo n. 7 persone assicurate	€
GRUPPO B	
premio lordo per persona	€
Premio annuo lordo complessivo n. 33 persone assicurate	€
GRUPPO C	
Premio lordo per persona	€
Premio annuo lordo complessivo n. 6 persone	€
Premio annuo lordo totale complessivo	€

REGOLAZIONE DEL PREMIO

Per la regolazione del premio vale quanto stabilito all'art. 1.2 delle Condizioni Generali di Polizza.

SCHEDA “B”**PERSONE ASSICURATE: IL SEGRETARIO, I DIRIGENTI ED I DIPENDENTI****DESCRIZIONE DEL RISCHIO:****Obblighi assicurativi ex D.P.R.333/1990 e C.C.N.L. - Infortuni conducenti veicolo privato.**

L'assicurazione è operante per gli infortuni che le persone autorizzate dal Contraente subiscano in occasione di missioni o per adempimenti di servizio fuori dall'ufficio, durante la guida di propri veicoli privati, non intestati al PRA all'Ente Contraente o dal medesimo utilizzati in locazione o comodato.

La garanzia è operante limitatamente al tempo strettamente al tempo necessario per l'esecuzione di dette prestazioni.

L'assicurazione vale anche per gli infortuni subiti, in caso di fermata del veicolo, durante le operazioni necessarie per la ripresa della marcia.

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

CAPITALI ASSICURATI PER PERSONA:

MORTE: un capitale pari a 5 volte lo stipendio annuo lordo con il massimo di € 300.000,00.

INVALIDITÀ PERMANENTE un capitale pari a 6 volte lo stipendio annuo lordo con il massimo di € 400.000

PREVENTIVO CHILOMETRI DI PERCORRENZA ANNUA DEI VEICOLI PRIVATI: KM 1.000

CONTEGGIO DEL PREMIO LORDO ANNUO SOGGETTO A REGOLAZIONE:

premio forfettario lordo per chilometro	€
premio annuo lordo anticipato calcolato per km 1000	€

REGOLAZIONE DEL PREMIO

Per la regolazione del premio vale quanto stabilito all'art. 1.2 delle Condizioni Generali di Polizza.

SCHEDA “C”**PERSONE ASSICURATE: IL SEGRETARIO, I DIRIGENTI ED I DIPENDENTI****DESCRIZIONE DEL RISCHIO:**

Obblighi assicurativi ex D.P.R.333/1990 e C.C.N.L.- Infortuni conducenti veicoli di proprietà dell’Ente, di proprietà di terzi ed in uso esclusivo all’Ente, in locazione o in comodato all’Ente.

L’assicurazione è operante per gli infortuni subiti dagli Assicurati in occasione della guida di veicoli di proprietà dell’Ente Contraente, di proprietà di terzi ed in uso esclusivo all’Ente Contraente o in locazione o comodato all’Ente medesimo.

La garanzia è operante limitatamente al tempo strettamente al tempo necessario per l’esecuzione di dette prestazioni.

L’assicurazione vale anche per gli infortuni subiti, in caso di fermata del veicolo, durante le operazioni necessarie per la ripresa della marcia.

Per l’identificazione degli Assicurati si farà riferimento alla documentazione tenuta dall’Ente Contraente ai sensi di Legge.

CAPITALI ASSICURATI PER PERSONA:

MORTE: un capitale pari a 5 volte lo stipendio annuo lordo con il massimo di € 300.000,00.

INVALIDITÀ PERMANENTE un capitale pari a 6 volte lo stipendio annuo lordo con il massimo di € 400.000

CONTEGGIO DEL PREMIO LORDO ANNUO SOGGETTO A REGOLAZIONE:

premio forfettario lordo per ogni veicolo	€
Premio annuo lordo anticipato calcolato per n. 105 veicoli	€

REGOLAZIONE DEL PREMIO

Per la regolazione del premio vale quanto stabilito all’art. 1.2 delle Condizioni Generali di Polizza.

SCHEDA “D”**PERSONE ASSICURATE:**

- **MINORI FREQUENTANTI GLI ASILI NIDO**
- **MINORI PARTECIPANTI ALLE ATTIVITÀ DI DOPOSCUOLA E AI CENTRI RICREATIVI**

DESCRIZIONE DEL RISCHIO

L'assicurazione è prestata per gli infortuni occorsi a tutti i minori (anche se diversamente abili) frequentanti:

- gli asili nido comunali;
- i centri didattici e ricreativi organizzati dall'Ente Contraente presso le sedi dallo stesso individuate.

L'assicurazione è operante durante lo svolgimento di tutte le attività didattiche svolte in ogni sede Istituzionale nell'ambito delle strutture scolastiche, nessuna esclusa.

La garanzia si estende agli infortuni avvenuti in occasione di attività esterne, quali a titolo esemplificativo e non limitativo: quelle ginnico-sportive, gite, passeggiate ed escursioni anche al di fuori del territorio comunale, purché organizzate, gestite, effettuate ed autorizzate dall'Ente. Si intende inoltre compreso il trasferimento dei frequentanti da casa alla sede della struttura scolastica o al luogo di svolgimento delle sopradette attività e viceversa effettuato con qualsiasi mezzo di locomozione terrestre.

SOMME ASSICURATE PER OGNI MINORE:

MORTE: € 100.000

INVALIDITÀ PERMANENTE: € 120.000

CONDIZIONE PARTICOLARE

La Società prevede anche il rimborso, come conseguenza diretta ed esclusiva di un infortunio indennizzabile a termini di polizza, delle spese effettivamente sostenute e documentate per acquisto o la sostituzione o la riparazione di **lenti e/o montature** (comprese le lenti a contatto) reso necessario da danno oculare sempreché la relativa spesa venga sostenuta entro un anno dall'infortunio stesso. Sono escluse dalla garanzia le lenti “usa e getta”.

Le spese sono rimborsabili sino alla concorrenza della somma di:

- € 500,00 per le lenti;
- € 150,00 per le montature.

CONTEGGIO DEL PREMIO LORDO ANNUO SOGGETTO A REGOLAZIONE:

premio forfettario lordo per ogni minore	€
premio annuo lordo anticipato calcolato per n. 130 minori	€

INDIVIDUAZIONE DEGLI ASSICURATI

L'Ente Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità degli Assicurati iscritti. Per la loro identificazione si farà riferimento alle risultanze dei registri obbligatoriamente tenuti dal Contraente.

Per ogni anno scolastico si intendono assicurati tutti i minori, compresi quelli che risultassero iscritti nel corso dell'anno scolastico.

REGOLAZIONE DEL PREMIO

Al termine di ogni anno assicurativo si effettuerà la regolazione consuntiva del premio, come stabilito all'art. 1.2 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Tenuto conto che l'anno scolastico ha periodo di durata che non coincide e si discosta dalla scadenza della polizza, la Società prende atto che, in sede di regolazione del premio, l'Ente Contraente provvederà a comunicare alla Società l'elenco degli allievi iscritti nell'anno scolastico di riferimento del precedente periodo assicurativo annuo della polizza.

SCHEDA “E”**PERSONE ASSICURATE: GLI ALLIEVI DELLA ISTITUZIONE COMUNALE “SCUOLA LATTES”****DESCRIZIONE DEL RISCHIO**

La assicurazione vale per la durata di ogni anno scolastico, per gli infortuni subiti dagli assicurati, (anche se diversamente abili) nell’ambito delle strutture scolastiche nonché durante tutte le attività, sia interne che esterne, organizzate e/o autorizzate dall’Istituto scolastico, in base alla vigente normativa scolastica.

A titolo puramente esemplificativo e non limitativo, la garanzia vale anche durante:

- i tirocini formativi,;
- le gite, le visite d’istruzione;
- le visite che a norma delle vigenti disposizioni si effettuano a musei, scavi, cantieri, aziende e laboratori;

Si intende inoltre operante l’assicurazione per gli infortuni che gli Assicurati dovessero subire: durante il tragitto da casa a scuola e viceversa, effettuato a piedi o con uso di mezzi di trasporto pubblici e/o privati, nei limiti di tempo di un’ora prima dell’inizio ed un’ora dopo il termine delle lezioni;

SOMME ASSICURATE PER OGNI PERSONA

MORTE: € 150.000

INVALIDITÀ PERMANENTE: € 150.000

CONTEGGIO DEL PREMIO LORDO ANNUO SOGGETTO A REGOLAZIONE:

premio forfettario lordo per ogni assicurato	€
premio annuo lordo anticipato calcolato per n. 200 allievi	€

INDIVIDUAZIONE DEGLI ASSICURATI

L’Istituto scolastico comunale è esonerato dalla preventiva denuncia degli Allievi iscritti di ogni anno scolastico o successivamente.

Per la loro identificazione si farà riferimento ai registri tenuti obbligatoriamente dall’Istituto scolastico.

CONDIZIONI PARTICOLARI

- La Società prevede anche il rimborso, come conseguenza diretta ed esclusiva di un infortunio indennizzabile a termini di polizza, delle spese effettivamente sostenute e documentate dall’allievo per:
 - Acquisto o la sostituzione o la riparazione di lenti e/o montature (comprese le lenti a contatto) reso necessario da danno oculare sempreché la relativa spesa venga sostenuta entro un anno dall’infortunio stesso. Sono escluse dalla garanzia le lenti “usa e getta”. Le spese sono rimborsabili sino alla concorrenza della somma di:
 - € 500,00 per le lenti;
 - € 150,00 per le montature.
 - Danni al vestiario sino alla concorrenza di € 250,00.
- Se a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza l’allievo si trovasse nella impossibilità di proseguire nella frequenza delle lezioni con la conseguente impossibilità di concludere l’anno scolastico con esito positivo, la Società riconoscerà all’Assicurato la somma € 3.000 a titolo forfettario. La perdita dell’anno scolastico dovrà essere certificata dall’organismo scolastico preposto.

REGOLAZIONE DEL PREMIO

Al termine di ogni anno assicurativo si effettuerà la regolazione consuntiva del premio, come stabilito dall'art. 1.2 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Tenuto conto che l'anno scolastico ha periodo di durata che non coincide e si discosta dalla scadenza della polizza, la Società prende atto che, in sede di regolazione del premio, l'Ente Contraente provvederà a comunicare alla Società l'elenco degli allievi iscritti nell'anno scolastico di riferimento del precedente periodo assicurativo annuo della polizza.

SCHEDA “F”

PERSONE ASSICURATE: MINORI PARTECIPANTI ALLE ATTIVITÀ DEI CENTRI RICREATIVI DIURNI ESTIVI

Premesso che l'Ente Contraente ha facoltà di organizzare nel periodo estivo extra scolastico attività ricreative in centri diurni, le Parti concordano di stabilire le seguenti condizioni di assicurazione.

PERSONE ASSICURATE

Per Assicurati si intendono i minori di età compresa tra i 3 ed i 18 anni, (anche se diversamente abili), regolarmente iscritti in registri dell'Ente Contraente.

OGGETTO DELLA ASSICURAZIONE

L'assicurazione è prestata per gli infortuni avvenuti durante lo svolgimento delle attività ricreative, a condizione che per le attività organizzate venga prevista adeguata sorveglianza.

A titolo esemplificativo e non limitativo sono comunque comprese e si intendono assicurate:

- le attività di ricreazione svolte in locali di proprietà dell'Ente Contraente, di terzi a tale scopo adibiti, presso parchi di divertimento, tecnologici, acquatici, ecc.;
- le gite, le passeggiate, le escursioni organizzate anche al di fuori del territorio dell'Ente Contraente;
- le attività ludico - sportive in genere, svolte in palestre, piscine, campi sportivi, ecc.;
- i giochi e l'educazione ambientale;
- le attività di laboratorio indirizzate alla conoscenza di materiali, tecniche di manipolazione, creazione di oggetti, ecc., compreso l'utilizzo da parte degli Assicurati dei materiali ed attrezzature necessarie.

La garanzia comprende l'utilizzo da parte del minore di qualsiasi mezzo di locomozione terrestre o di natanti in genere, con l'esclusione di mezzi aerei e mezzi subacquei.

INIZIO E TERMINE DELLA ASSICURAZIONE

L'assicurazione ha inizio dal momento in cui il minore viene preso in consegna da parte del personale incaricato e preposto alla gestione delle attività ricreative e cessa nel momento della riconsegna del minore ai propri famigliari o chi per essi.

L'assicurazione vale pertanto esclusivamente per gli infortuni che si verificassero nello svolgimento di ogni attività che faccia riferimento agli scopi stabiliti dall'Ente Contraente, con l'esclusione di qualsiasi altro infortunio subito dal minore durante lo svolgimento di altre e diverse attività non comprese nella presente assicurazione ovvero subito nelle comuni contingenze della vita familiare.

VALIDITÀ DELLA ASSICURAZIONE

L'Assicurazione vale a condizione che prima dell'inizio delle attività assicurate l'Ente Contraente provveda a comunicare alla Società:

- data di inizio e termine delle attività;
- l'elenco dei minori iscritti e/o partecipanti e corrispondente data di nascita;

Per i minori che vengano iscritti successivamente alla data di inizio delle attività sopra indicate, l'assicurazione avrà efficacia dalle ore 24.00 del giorno della comunicazione di iscrizione dall'Ente Contraente alla Società.

DURATA DELLA ASSICURAZIONE

La durata di ognuna delle attività ricreative organizzate non potrà essere superiore a sessanta giorni consecutivi.

CONDIZIONE PARTICOLARE

La Società prevede anche il rimborso, come conseguenza diretta ed esclusiva di un infortunio indennizzabile a termini di polizza, delle spese effettivamente sostenute e documentate per acquisto o la sostituzione o la riparazione di lenti e/o montature (comprese le lenti a contatto) reso necessario da danno oculare sempreché la relativa spesa venga sostenuta entro un anno dall'infortunio stesso.

Sono escluse dalla garanzia le lenti "usa e getta"

Le spese sono rimborsabili sino alla concorrenza della somma di:

- € 500,00 per le lenti;
- € 150,00 per le montature.

SOMME ASSICURATE PER OGNI MINORE:

MORTE: € 100.000

INVALIDITÀ PERMANENTE: € 120.000

CONTEGGIO DEL PREMIO LORDO ANNUO SOGGETTO A REGOLAZIONE:

premio forfettario lordo per ogni minore	€
---	---

REGOLAZIONE DEL PREMIO

Al termine di ogni anno assicurativo, si effettuerà la regolazione consuntiva del premio, come stabilito all'art. 2 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

SCHEDA “G”**PERSONE ASSICURATE: COLLABORATORI DIVERSI**

- A) **Le persone non rientranti nella definizione di “DIPENDENTI”** dell’Ente Contraente, ma in possesso di specifico incarico (convenzione o contratto diverso dagli Accordi Collettivi Nazionali di Lavoro) di Collaborazione conferito dall’Ente stesso o dalle sue Istituzioni.
- B) **Le persone non rientranti nella definizione di “DIPENDENTI”** dell’Ente Contraente, ma in possesso di incarico di collaborazione temporanea, a titolo retribuito o non retribuito, per specifiche attività e manifestazioni organizzate dall’Ente stesso o dalle sue Istituzioni.
- C) **Le persone non rientranti nella definizione di “DIPENDENTI”** dell’Ente Contraente e frequentanti corsi, stages, tirocini, esperienze lavorative in genere, presso le sedi dell’Ente stesso o delle sue Istituzioni.

OGGETTO DELLA ASSICURAZIONE

L’assicurazione è prestata per gli infortuni subiti dagli Assicurati nell’ambito e nell’esercizio della specifica attività e mansione attribuita ad ogni Assicurato, senza limiti di orario purchè preventivamente autorizzate dall’Ente Contraente.

Sono comprese nella assicurazione le missioni, i trasferimenti o i viaggi di servizio purchè preventivamente autorizzati dall’Ente Contraente.

L’assicurazione comprende il rischio di circolazione a condizione che l’infortunio sia avvenuto mentre l’Assicurato attende alle specifiche attività e mansioni, allo stesso assegnate.

Restano esclusi gli infortuni occorsi all’Assicurato nello svolgimento di ogni e qualsiasi altra attività, non autorizzata dall’Ente.

VALIDITÀ DELLA ASSICURAZIONE

L’assicurazione vale a condizione che prima dell’inizio delle attività per le quali necessita l’impiego delle persone assicurate l’Ente Contraente provveda a comunicare alla Società:

- la data di inizio delle attività;
- il nominativo di ogni Assicurato e la corrispondente data di nascita.

SOMME ASSICURATE PER OGNI PERSONA

MORTE: € 150.000

INVALIDITÀ PERMANENTE: € 150.000

CONTEGGIO DEL PREMIO LORDO ANNUO SOGGETTO A REGOLAZIONE:

premio forfettario lordo per ogni persona assicurata per ogni giornata/presenza	€
--	---

REGOLAZIONE DEL PREMIO

Per la regolazione del premio vale quanto stabilito all’art. 1.2 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

In particolare al termine di ciascun periodo assicurativo l’Ente Contraente è tenuto a comunicare alla Società il numero delle giornate/presenza di ogni Assicurato.

La regolazione del premio avverrà calcolando per ogni Assicurato un premio pari a quello di ogni giornata/presenza stabilito dalla Società, moltiplicato per il numero complessivo delle giornate di presenza dell’Assicurato.

SCHEDA “H”

PERSONE ASSICURATE:

A) Le persone che partecipano ai “**SOGGIORNI CLIMATICI PER ANZIANI**”;

B) Le persone che partecipano alle “**ATTIVITÀ PER LA TERZA ETÀ**”;

organizzati e/o patrocinati dall’Ente Contraente.

OGGETTO DELLA ASSICURAZIONE

▪ SOGGIORNI CLIMATICI PER ANZIANI

L’assicurazione vale esclusivamente per gli infortuni che gli Assicurati subiscano durante il periodo di permanenza nei luoghi di soggiorno climatico. Sono comprese le attività ricreative organizzate nell’ambito del soggiorno stesso.

La garanzia si estende agli infortuni avvenuti durante il trasferimento degli Assicurati dalla propria abitazione alle località stabilite per il soggiorno climatico, e viceversa, effettuato con qualsiasi mezzo di locomozione.

Rimborso spese trasporto dell’Assicurato

Nei confronti dell’Assicurato che abbia subito un infortunio, indennizzabile e termini di polizza, durante la permanenza nella località di soggiorno, la Società provvederà a rimborsare le spese sostenute per il trasporto dell’Assicurato infortunato, e con qualsiasi mezzo adeguato, dalla località sede del soggiorno climatico ad Istituto di cura ubicato nel territorio della Regione Piemonte e ritenuto più agevole, a condizione che tale trasferimento sia stato preventivamente autorizzato e stabilito da personale medico.

La spesa sostenuta dall’Assicurato, regolarmente documentata, che la Società provvederà a rimborsare non potrà essere superiore ad € 1.000 per ogni trasporto.

▪ ATTIVITÀ PER LA TERZA ETÀ’

L’assicurazione vale esclusivamente per gli infortuni che gli Assicurati subiscano durante il periodo di permanenza nei luoghi ove si svolgono le attività ricreative all’uopo organizzate.

LIMITI DI ETÀ

A parziale deroga dell’art. 2.5 delle “**NORME CHE REGOLANO L’ASSICURAZIONE INFORTUNI**”, la garanzia vale per le persone di età non superiore ad anni ottanta per il caso di invalidità permanente ed anni ottantacinque per il caso morte.

VALIDITÀ DELLA ASSICURAZIONE

L’assicurazione vale a condizione che prima dell’inizio delle attività assicurate alle precedenti lettere A) e B), l’Ente Contraente provveda a comunicare alla Società:

- la località ove si svolge il soggiorno climatico e relativo periodo (lett.A);
- la denominazione della attività ricreativa e relativo periodo (lett. B);
- l’elenco degli iscritti e/o partecipanti e corrispondente data di nascita.

SOMME ASSICURATE PER OGNI PERSONA

MORTE: € 100.000

INVALIDITÀ PERMANENTE: € 100.000

CONTEGGIO DEL PREMIO LORDO ANNUO SOGGETTO A REGOLAZIONE:

premio forfettario lordo per ogni persona partecipante al soggiorno e/o alle attività per la terza età	€
---	---

REGOLAZIONE DEL PREMIO

Al termine di ogni anno assicurativo si effettuerà la regolazione consuntiva del premio, come stabilito all'art. 1.2 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

SCHEDA “I”**PERSONE ASSICURATE:**

I PARTECIPANTI ALLE PROVE PRATICO-SELETTIVE ATTITUDINALI ORGANIZZATE DALL'ENTE CONTRAENTE PER L'ASSUNZIONE DEL PERSONALE DIPENDENTE.

OGGETTO DELLA ASSICURAZIONE

L'assicurazione vale esclusivamente per gli infortuni che gli Assicurati subiscano durante il periodo di permanenza nei luoghi ove si svolgano le prove e le attività sopra indicate, ma restano esclusi gli infortuni subiti dagli Assicurati e derivanti da ogni e qualsiasi altra attività.

VALIDITÀ DELLA ASSICURAZIONE

L'assicurazione vale a condizione che prima dell'inizio delle prove pratico / selettive l'Ente Contraente provveda a comunicare alla Società:

- l'elenco dei partecipanti e corrispondente data di nascita.

SOMME ASSICURATE PER OGNI PERSONA

MORTE: € 150.000

INVALIDITÀ PERMANENTE: € 150.000

CONTEGGIO DEL PREMIO LORDO ANNUO SOGGETTO A REGOLAZIONE:

premio forfettario lordo per ogni persona partecipante valido per la durata complessiva della prova	€
---	---

REGOLAZIONE DEL PREMIO

Al termine di ogni anno assicurativo si effettuerà la regolazione consuntiva del premio, come stabilito all'art. 1.2 delle Condizioni Generali di Assicurazione

SCHEDA “J”**PERSONE ASSICURATE: LAVORATORI SOCIALMENTE UTILI****OGGETTO DELLA ASSICURAZIONE**

La assicurazione è prestata a favore:

- dei Lavoratori Socialmente Utili;
- delle persone detenute in regime di semi-libertà provvisoria ammessi al lavoro esterno affidati in prova al Servizio Sociale o in detenzione domiciliare per lavori socialmente utili,

assegnati all’Ente Contraente nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia.

La assicurazione vale esclusivamente per gli infortuni che possono occorrere per causa e durante lo svolgimento delle attività cui l’Assicurato è assegnato dall’Amministrazione Comunale. Restano esclusi gli infortuni subiti dall’Assicurato durante lo svolgimento di ogni e qualsiasi attività che non faccia riferimento alle mansioni assegnate dall’Ente.

Sono compresi anche i rischi di circolazione se avvenuti mentre l’Assicurato attende alle specifiche mansioni cui è stato assegnato dall’Ente Contraente.

VALIDITÀ DELLA ASSICURAZIONE

L’assicurazione vale a condizione che prima dell’inizio delle attività assicurate l’Ente Contraente provveda a comunicare alla Società:

- l’elenco degli Assicurati e corrispondente data di nascita.

SOMME ASSICURATE PER OGNI PERSONA

MORTE: € 150.000

INVALIDITÀ PERMANENTE: € 150.000

CONTEGGIO DEL PREMIO LORDO ANNUO SOGGETTO A REGOLAZIONE:

premio forfettario lordo per ogni Assicurato per ogni giornata/presenza	€
--	---

REGOLAZIONE DEL PREMIO

Per la regolazione del premio vale quanto stabilito all’art. 1.2 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

In particolare al termine di ciascun periodo assicurativo il Contraente è tenuto a comunicare alla Società il numero delle giornate/presenza riferita ad ogni Assicurato.

La regolazione del premio avverrà calcolando per ogni Assicurato un premio pari a quello di ogni giornata/presenza stabilito dalla Società, moltiplicato per il numero delle giornate di presenza dell’Assicurato.

SCHEDA “K”**PERSONE ASSICURATE: PARTECIPANTI A MANIFESTAZIONI RICREATIVE****OGGETTO DELLA ASSICURAZIONE**

L'assicurazione è prestata a favore degli iscritti e partecipanti a manifestazioni ricreative e/o ludico-sportive che non rivestono carattere agonistico e competitivo, organizzate o svolte con il patrocinio dell'Ente Contraente.

Sono escluse le manifestazioni che prevedono utilizzo di veicoli a motore in genere e le manifestazioni organizzate o svolte sotto l'egida di Federazioni Sportive, anche dilettantistiche.

La assicurazione vale esclusivamente per gli infortuni che possono occorrere all'Assicurato per causa e durante lo svolgimento delle manifestazioni a cui l'Assicurato stesso abbia partecipato.

L'assicurazione non comprende gli infortuni subiti dall'Assicurato durante lo svolgimento di ogni e qualsiasi altra attività che non faccia riferimento alle manifestazioni organizzate dall'Ente.

LIMITI DI ETÀ

A parziale deroga dell'art. 2.5 delle “NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI”, l'assicurazione vale esclusivamente per assicurati che abbiano superato l'età di anni 3 (tre) e sino all'età di anni 75 (settantacinque) compresi.

VALIDITÀ DELLA ASSICURAZIONE

L'assicurazione vale a condizione che prima dell'inizio delle manifestazioni organizzate l'Ente Contraente provveda a comunicare alla Società:

- la denominazione della manifestazione ricreativa e relativa durata;
- l'elenco degli iscritti e/o partecipanti con indicato nome e cognome e corrispondente data di nascita .

SOMME ASSICURATE PER OGNI PERSONA

MORTE: € 150.000

INVALIDITÀ PERMANENTE: € 150.000

CONTEGGIO DEL PREMIO LORDO ANNUO SOGGETTO A REGOLAZIONE:

premio forfettario lordo per ogni Assicurato valido per ogni singola manifestazione	€
---	---

REGOLAZIONE DEL PREMIO

Per la regolazione del premio vale quanto stabilito all'art. 1.2 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

SCHEDA “L”

PERSONE ASSICURATE: PERSONE CONDANNATE ALLE QUALI È APPLICATA LA PENA DI SVOLGIMENTO DI LAVORO DI PUBBLICA UTILITÀ (SANZIONE SOSTITUTIVA), AI SENSI DELLE VIGENTI NORME IN VIGORE (D.LGS 28/08/2000 N. 274 E SUCCESSIVE M. E I.)

OGGETTO DELLA ASSICURAZIONE

La assicurazione è prestata a favore dei condannati ai quali, da parte della Autorità Giudiziaria viene applicata la pena di svolgimento di lavoro di pubblica utilità (sanzione sostitutiva) da svolgersi presso l'Ente Contraente, secondo quanto stabilito dalla convenzione stipulata tra l'Ente medesimo ed il Ministero della Giustizia.

La assicurazione è operante esclusivamente per gli infortuni che possono occorrere per causa e durante lo svolgimento delle attività cui l'Assicurato è assegnato dall'Ente Contraente. Restano esclusi gli infortuni subiti dall'Assicurato durante lo svolgimento di ogni e qualsiasi altra attività che non faccia riferimento alle mansioni assegnate dall'Ente.

Sono compresi anche i rischi di circolazione se avvenuti ed autorizzati mentre l'Assicurato attende alle specifiche mansioni cui è assegnato dal Contraente.

VALIDITÀ DELLA ASSICURAZIONE

L'assicurazione vale a condizione che prima dell'inizio delle attività cui verrà assegnato il soggetto l'Ente Contraente provveda a comunicare alla Società:

- il nome e cognome della persona e corrispondente data di nascita;
- il periodo di durata dello svolgimento del lavoro di pubblica utilità presso l'Ente stabilito in sentenza dalla Autorità Giudiziaria.

SOMME ASSICURATE PER OGNI PERSONA

MORTE: € 150.000

INVALIDITÀ PERMANENTE: € 150.000

CONTEGGIO DEL PREMIO LORDO ANNUO SOGGETTO A REGOLAZIONE:

premio forfettario lordo per ogni Assicurato valido per tutto il periodo di svolgimento del lavoro di pubblica utilità	€
--	---

REGOLAZIONE DEL PREMIO

Per la regolazione del premio vale quanto stabilito all'art. 1.2 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

SCHEDA “M”

PERSONE ASSICURATE: PARTECIPANTI AL PROGETTO “SERVIZIO CIVICO DELLE PERSONE ANZIANE”

OGGETTO DELLA ASSICURAZIONE

L'assicurazione è prestata a favore delle persone partecipanti alla realizzazione del progetto comunale “Servizio civico delle persone anziane”. Tali soggetti prestano la loro attività a titolo non retribuito nelle diverse aree di intervento stabilite nel progetto.

L'assicurazione vale esclusivamente per gli infortuni che possono occorrere per causa e durante lo svolgimento delle attività cui l'Assicurato è assegnato dall'Amministrazione Comunale, ma restano esclusi gli infortuni derivanti da ogni e qualsiasi altra attività non contemplata nel progetto comunale.

Sono compresi anche i rischi di circolazione se avvenuti mentre l'Assicurato attende alle specifiche mansioni cui è assegnato dall'Ente Contraente.

LIMITI DI ETÀ

A parziale deroga dell'art. 2.5 delle “NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI”, l'assicurazione vale per le persone assicurate di età non superiore ad anni ottanta.

RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO

La Società rimborsa all'Assicurato, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza e fino alla concorrenza del massimale, espresso nella scheda:

b.1) il rimborso degli onorari dei medici e dei chirurghi, delle rette di degenza (compreso il ricovero diurno “Day- Hospital” e la chirurgia ambulatoriale “Day Surgery”) in ospedali e case di cura, (Istituti ed Enti pubblici e/o privati), delle spese per accertamenti diagnostici e radiografici, esami ed analisi di laboratorio in genere; per terapia fisica (purché regolarmente prescritta); per protesi oculari ed acustiche; delle spese per materiali di cura e medicinali resesi necessarie a seguito dell'infortunio; per altri ticket sanitari; le spese successive all'infortunio, anche se non in presenza di ricovero o intervento chirurgico. Rimangono espressamente escluse le spese sostenute per operazioni di chirurgia plastica, salvo quelle rese necessarie per eliminare o contenere il grado di invalidità permanente.

b.2) i costi eventualmente sostenuti per il trasporto a mezzo ambulanza (e se l'emergenza lo richiede a mezzo elisoccorso) dal luogo dell'infortunio ad un Istituto di Cura attrezzato. La garanzia si estende al trasporto per trasferimento tra Istituti di Cura (se preventivamente autorizzato dal personale medico) ed al trasporto dall'Istituto di Cura al domicilio dell'Assicurato avvenuto a mezzo autoambulanza.

b.3) Ai fini della liquidazione dei rimborsi da parte della Società, resta stabilito quanto segue: la domanda di rimborso, corredata dalle ricevute originali di quanto pagato per i titoli suindicati, deve essere presentata alla Società, pena decadenza, entro 60 giorni dal termine della cura medica.

A richiesta, la Società restituisce i predetti originali, previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato.

Qualora gli originali delle notule, distinte e ricevute siano state presentate a terzi (SSN, ecc.) per ottenere il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto a termini della presente assicurazione dietro dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

Il rimborso viene effettuato all'Assicurato o, in caso di morte, ai suoi beneficiari.

VALIDITÀ DELLA ASSICURAZIONE

L'assicurazione vale a condizione che prima dell'inizio delle attività assegnate ai singoli soggetti, l'Amministrazione Comunale provveda a comunicare alla Società:

- l'elenco degli Assicurati e corrispondente data di nascita.

SOMME ASSICURATE PER OGNI PERSONA

MORTE: € 100.000

INVALIDITÀ PERMANENTE: € 150.000

RIMBORSO SPESE SANITARIE: € 5.000

CONTEGGIO DEL PREMIO LORDO ANNUO SOGGETTO A REGOLAZIONE:

premio forfettario lordo per ogni persona partecipante al progetto	€
---	---

REGOLAZIONE DEL PREMIO

Per la regolazione del premio vale quanto stabilito all'art. 1.2 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

CONTEGGIO DEL PREMIO ANNUO DELLA POLIZZA

A) Al momento della decorrenza della polizza, le Parti stabiliscono che il PREMIO ANNUO LORDO ANTICIPATO è determinato in base al seguente conteggio:

PREMIO LORDO SCHEDA "A"	€
PREMIO LORDO SCHEDA "B"	€
PREMIO LORDO SCHEDA "C"	€
PREMIO LORDO SCHEDA "D"	€
PREMIO LORDO SCHEDA "E"	€
TOTALE PREMIO LORDO ANNUO ANTICIPATO	€

B) La Società dichiara che nel conteggio dei premi lordi sopraindicati è stata applicata l'Imposta di Assicurazione nell'aliquota attualmente in vigore e stabilita nella misura del 4,375%.

Luogo, data

La Società

L'Ente Contraente