



Comune di Quarrata

LOTTO 6

Capitolato speciale di polizza dell'assicurazione

INFORTUNI CUMULATIVA

Decorrenza ore 24.00 del 31.12.2020

Scadenza ore 24.00 del 31.12.2023

(con facoltà rinnovo biennale)

SOMMARIO

DEFINIZIONI	3
SEZIONE 1 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE	4
Art. 1.1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – Buona fede	4
Art. 1.2 - Decorrenza della garanzia e pagamento del premio	4
Art. 1.3 - Regolazione del premio	4
Art. 1.4 - Modifiche dell'assicurazione	5
Art. 1.5 - Recesso in caso di sinistro	5
Art. 1.6 - Durata del contratto - Rescindibilità	5
Art. 1.7 - Rinvio alle norme di legge	5
Art. 1.8 – Obbligo di fornire i dati sull'andamento del rischio	5
Art. 1.9 - Interpretazione del contratto	6
Art. 1.10 - Oneri fiscali	6
Art. 1.11 - Foro competente	6
Art. 1.12 - Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società	6
Art. 1.13 - Coassicurazione e delega	6
Art. 1.14 - Clausola Broker	6
Art. 1.15 - Obblighi della Società relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari	7
Art. 1.16 – Trattamento dei dati	7
SEZIONE 2 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI	8
Art. 2.1 Oggetto dell'assicurazione	8
Art. 2.2 Estensione dell'assicurazione	8
Art. 2.3 Rischio volo	8
Art. 2.4 Rischio di guerra all'estero	8
Art. 2.5 Estensione territoriale	8
Art. 2.6 Esclusioni	8
Art. 2.7 Limiti di età	9
Art. 2.8 Persone non assicurabili	9
Art. 2.9 Denuncia del sinistro e relativi obblighi	9
Art. 2.10 Criteri di indennizzabilità	9
Art. 2.11 Morte	9
Art. 2.12 Morte presunta	9
Art. 2.13 Invalidità permanente	9
Art. 2.14 Inabilità temporanea	10
Art. 2.15 Rimborso spese mediche	10
Art. 2.16 Indennità di ricovero a seguito di infortunio	10
Art. 2.17 Spese di rimpatrio	11
Art. 2.18 Danni estetici	11
Art. 2.19 Cumulo di indennità	11
Art. 2.20 Controversie	11
Art. 2.21 Rinuncia alla rivalsa	11
Art. 2.22 Responsabilità del contraente	11
Art. 2.23 Esonero denuncia condizioni degli Assicurati	11
Art. 2.24 Esonero denuncia generalità degli Assicurati	12
Art. 2.25 Esonero denuncia altre assicurazioni	12
Art. 2.26 Limite catastrofale	12
SEZIONE 3 - NORME PARTICOLARI	13
Art. 3.1 Rischio in itinere	13
Art. 3.2 Elevazione dell'indennità assicurata in caso di morte da aggressione	13
Art. 3.3 Estensione alle aggressioni al di fuori dell'orario di svolgimento dell'attività	13
Art. 3.4 Deroga ai limiti di età	13
Art. 3.5 Malattie contratte in servizio e per cause di servizio	13
SEZIONE 4 - CATEGORIE DI ASSICURATI	14
CATEGORIA A - AMMINISTRATORI	14

CATEGORIA B – DIPENDENTI ED ALTRI SOGGETTI ALLA GUIDA	15
CATEGORIA C - CONDUCENTI MEZZI DI TRASPORTO DEL CONTRAENTE	16
CATEGORIA D – ASILI NIDO E SCUOLE D’INFANZIA	17
CATEGORIA E – SOGGETTI OPERANTI IN ATTIVITÀ DI PUBBLICA UTILITÀ	18
CATEGORIA F - MINORI IN AFFIDO	19
CATEGORIA G - TRASPORTO SCOLASTICO E/O DI ACCOMPAGNAMENTO	20
CATEGORIA H – CENTRI RICREATIVI ESTIVI	21
SCHEDA DI POLIZZA	22

DEFINIZIONI

Ai seguenti termini, le Parti attribuiscono il significato qui precisato:

Compagnia e/o Società: L'Impresa Assicuratrice.

Contraente: Il soggetto che stipula l'assicurazione riportato sul frontespizio della presente polizza.

Assicurato: Il soggetto nel cui interesse è stipulata l'assicurazione.

Polizza: Il contratto di assicurazione.

Premio: La somma dovuta alla Società.

Rischio: La probabilità che si verifichi il sinistro.

Sinistro: Il verificarsi del fatto dannoso previsto in polizza.

Indennizzo: La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Franchigia: Parte del danno indennizzabile che rimane a carico dell'Assicurato.

Infortunio:

Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Invalidità permanente:

Perdita o diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione svolta.

Inabilità temporanea: Temporanea incapacità di attendere alle occupazioni professionali svolte.

Ricovero:

Degenza in istituto di cura che comporti il pernottamento o la degenza diurna (Day Hospital) di almeno 6 ore continuative.

Ingessatura:

Mezzo di contenzione costituito da fasce gessate o altri apparecchi comunque immobilizzanti ed applicati in istituti di cura o ambulatori medici.

Istituti di cura:

Ospedali, cliniche, case di cura, regolarmente autorizzati al ricovero dei malati, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno.

Broker incaricato:

Assiteca S.p.A. Sede Legale in Milano, Via Sigieri 14 - filiale di Livorno, P.zza Damiano Chiesa, 41 - mandatario incaricato dal Contraente per la gestione ed esecuzione del contratto, quale intermediario ai sensi dell'art. 109 comma 2 lett. b) del D.Lgs. n. 209/2005.

SEZIONE 1 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1.1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – Buona fede

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato all'atto della stipulazione del contratto e relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, così come la mancata comunicazione di successive circostanze o di mutamenti che aggravino il rischio, non comporteranno decadenza dal diritto all'indennizzo, né riduzione dello stesso, né cessazione dell'assicurazione ai sensi degli Artt. 1892, 1893, 1894 e 1898 C.C., sempre che il Contraente e/o l'Assicurato non abbiano agito con dolo.

La Società ha peraltro il diritto di percepire la differenza di premio corrispondente al maggior rischio non valutato per effetto di circostanze non note, a decorrere dal momento in cui la circostanza si è verificata e sino all'ultima scadenza di premio.

A parziale deroga all'Art. 1897 C.C., nei casi di diminuzione del rischio la riduzione di premio sarà immediata e la Società rimborserà la corrispondente quota di premio pagata e non goduta (al netto delle imposte) entro 60 giorni dalla comunicazione, rinunciando allo scioglimento del contratto e alla facoltà di recesso ad essa spettante a termini del sopra richiamato Art. 1897 C.C.

Art. 1.2 - Decorrenza della garanzia e pagamento del premio

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza, anche in pendenza del pagamento del premio di prima rata sempre che detto pagamento, in deroga all'art. 1901 C.C., avvenga entro i **90** giorni successivi. In caso contrario l'assicurazione avrà effetto dalle ore 24 del giorno di pagamento.

Se il Contraente non paga i premi per le rate successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 90° giorno dopo quello della rispettiva scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze e il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti (art. 1901 C.C.).

I premi potranno essere pagati alla Società o all'agenzia alla quale è assegnata la polizza, anche per il tramite del Broker incaricato.

Il termine temporale concesso per i pagamenti dei premi di prima rata e delle rate successive deve intendersi operante anche relativamente alle appendici di variazione emesse a titolo oneroso, fermo quanto diversamente normato dalla clausola di regolazione del premio, ove prevista.

Il termine di mora di cui sopra, in deroga all'art 1901 c.c., vale anche per le scadenze delle rate successive ed inoltre qualora il Contraente si avvalga della facoltà di ripetizione del servizio o proroga.

Ai sensi dell'art. 48 del DPR 602/1973 la Società da atto che l'Assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuate dal Contraente ai sensi del D. M. E. F. del 18 Gennaio 2008 n°40, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'art. 3 del Decreto.

Inoltre il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'art. 72 bis ai sensi dell'art. 72 bis del DPR 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 c.c. nei confronti della Società.

Art. 1.3 - Regolazione del premio

Il premio viene anticipato dal Contraente in via provvisoria, sulla base dei parametri e dei rispettivi importi unitari indicati nelle singole schede tecniche quali elementi per il conteggio del premio.

Il detto premio viene definito al termine di ciascun periodo assicurativo annuo sulla scorta delle differenze registrate a consuntivo negli anzidetti parametri. A tal fine, entro **120** giorni dalla scadenza di ogni periodo assicurativo annuo, il Contraente è tenuto a comunicare alla Società il consuntivo dei parametri sopra menzionati, affinché la Società stessa possa procedere alla regolazione del premio definitivo.

L'eventuale differenza di premio risultante dalla regolazione deve essere pagata dalla parte debitrice entro i **90** giorni successivi a quello di ricevimento, da parte del Contraente, della relativa appendice emessa dalla Società, inteso che l'eventuale differenza passiva verrà rimborsata al Contraente al netto delle imposte.

La mancata comunicazione dei dati occorrenti per la regolazione costituisce presunzione di una differenza attiva a favore della Società. Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti od il pagamento dell'eventuale differenza attiva dovuta, la Società può fissargli un ulteriore termine non inferiore ai 30 giorni. Trascorso tale termine, il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto od in garanzia di quello relativo al periodo assicurativo per il quale non ha avuto luogo la regolazione o non è stato effettuato il pagamento della differenza attiva; in carenza della prescritta comunicazione o del pagamento della differenza attiva dovuta alla Società, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare, per iscritto, la risoluzione del contratto. Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione

del premio la Società, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

Art. 1.4 - Modifiche dell'assicurazione

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

Art. 1.5 - Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, entrambe le parti possono recedere dal contratto, tramite raccomandata A.R. o PEC, con effetto dalla scadenza del periodo annuo di assicurazione in corso a condizione che il recesso venga inviato all'altra parte almeno 120 giorni prima di tale scadenza.

Nel caso di recesso da parte della Società, per avere effetto la comunicazione di recesso dovrà essere obbligatoriamente corredata dal dettaglio aggiornato dei sinistri articolato come specificato al successivo art. 1.8, al fine di consentire al Contraente l'espletamento di una nuova procedura di aggiudicazione della relativa polizza e fatto salvo il diritto del Contraente di chiedere ed ottenere successivi aggiornamenti.

Art. 1.6 - Durata del contratto - Rescindibilità

Il contratto ha la durata indicata nella scheda di polizza (anni 3) e cesserà irrevocabilmente alla scadenza del detto periodo senza obbligo di disdetta e con esclusione del tacito rinnovo.

Alla predetta scadenza, su espressa richiesta scritta del Contraente da formalizzare mediante raccomandata A.R. o PEC da inviare alla Società entro la scadenza stessa, viene data facoltà al Contraente di ottenere un rinnovo del contratto per un ulteriore periodo biennale (anni 2) alle medesime condizioni economiche e normative in corso.

Nel caso il Contraente stabilisse di non esercitare tale facoltà di rinnovo, od alla scadenza del periodo di rinnovo, su espressa richiesta scritta del Contraente da formalizzare mediante raccomandata A.R. o PEC da inviare alla Società entro la scadenza, la Società s'impegna a prorogare l'assicurazione, alle medesime condizioni economiche e normative in corso - al fine di consentire l'espletamento della procedura per l'aggiudicazione di un nuovo contratto - per un periodo massimo di **180** giorni oltre la scadenza contrattuale e dietro corresponsione del corrispondente rateo di premio, salvo in caso di recesso.

Trattandosi di contratto di durata poliennale, ciascuna delle parti ha la facoltà di rescindere il contratto medesimo ad ogni scadenza annua intermedia, mediante comunicazione scritta tramite raccomandata AR o PEC, da inviarsi all'altra parte almeno **120** giorni prima della scadenza del periodo assicurativo annuo in corso.

Nel caso di recesso da parte della Società, per avere effetto la comunicazione di recesso dovrà essere obbligatoriamente corredata dal dettaglio aggiornato dei sinistri articolato come specificato al successivo art. 1.8, al fine di consentire al Contraente l'espletamento di una nuova procedura di aggiudicazione della relativa polizza e fatto salvo il diritto del Contraente di chiedere ed ottenere successivi aggiornamenti.

Art. 1.7 - Rinvio alle norme di legge

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

Art. 1.8 – Obbligo di fornire i dati sull'andamento del rischio

La Società, a cadenza trimestrale - entro 15 gg da 31.03/30.06/30.09/31.12 di ciascuna annualità - si impegna a fornire al Contraente una statistica aggiornata comprendente un dettaglio dei sinistri così composto:

- a) data evento;
- b) assicurato;
- c) stato di gestione (riservato/senza seguito/liquidato);
- d) importo riservato;
- e) importo liquidato.

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

In caso di mancato rispetto della tempistica di 15gg sopra prevista, ed in assenza di adeguate motivazioni legate a causa di forza maggiore, la Società dovrà corrispondere al Contraente un importo pari a euro 5 per ogni giorno di ritardo con il massimo di Euro 150,00. Il Contraente potrà unilateralmente disapplicare in tutto o in parte la penale nel caso di rapporti comunque dimostratisi collaborativi.

La Società si impegna a fornire ogni altra informazione disponibile, relativa al contratto assicurativo in essere, che il Contraente d'intesa con la Società ritenga utile acquisire nel corso della vigenza del contratto; al riguardo l'Amministrazione deve fornire adeguata motivazione.

Gli obblighi sopra descritti non impediscono al Contraente di richiedere ed ottenere un aggiornamento statistico in data diverse da quelle indicate, che la Società si obbliga a riscontrare secondo le medesime tempistiche.

Per gli adempimenti relativi alle informazioni da fornirsi successivamente alla data di scadenza del contratto, si precisa che gli obblighi precedentemente descritti devono intendersi validi fino alla completa definizione dei sinistri denunciati, con invio a cadenza semestrale (31.12 e 30.06), e che a seguito dello svincolo della garanzia definitiva l'applicazione delle eventuali penali verrà effettuata direttamente sulle eventuali franchigie o regolazione dei premi, con corrispondente trattenuta dal pagamento.

Art. 1.9 - Interpretazione del contratto

Il presente capitolato normativo abroga e sostituisce ogni diversa previsione degli stampati della Società eventualmente uniti all'assicurazione, restando convenuto che la firma apposta dal Contraente sui detti stampati vale esclusivamente quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio fra le Società eventualmente partecipanti alla coassicurazione. Ciò premesso, 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.

Art. 1.10 - Oneri fiscali

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

Art. 1.11 - Foro competente

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

Art. 1.12 - Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società

Si conviene tra le parti che tutte le comunicazioni alle quali le parti sono contrattualmente tenute, saranno considerate valide se fatte dall'una all'altra parte con lettera raccomandata o e-mail o telefax o pec o altro strumento idoneo ad assicurarne la provenienza.

Art. 1.13 - Coassicurazione e delega

Se l'assicurazione è ripartita per quote tra più Società coassicuratrici, rimane stabilito che:

- ciascuna di esse è tenuta alla prestazione in proporzione della rispettiva quota, quale risulta dal contratto stesso, restando tuttavia inteso che la Società coassicratrice designata quale delegataria è tenuta in via solidale alla prestazione integrale e ciò in espressa deroga all'art. 1911 del Codice Civile;
- tutte le comunicazioni inerenti al contratto, ivi comprese quelle relative al recesso ed alla disdetta, devono trasmettersi dall'una all'altra parte unicamente per il tramite della Società coassicratrice Delegataria e del Contraente ed ogni comunicazione si intende data o ricevuta dalla Società Delegataria anche nel nome e per conto di tutte le Coassicuratrici;
- i premi di polizza verranno corrisposti dal Contraente al Broker che provvederà a rimmetterli a ciascuna Coassicratrice in ragione della rispettiva quota di partecipazione al riparto di coassicurazione. Relativamente al presente punto, in caso di revoca dell'incarico al broker, e successivamente alla cessazione dello stesso, il pagamento dei premi potrà essere effettuato dal Contraente anche unicamente nei confronti della Società Delegataria per conto di tutte le coassicuratrici;
- con la firma del presente contratto le Coassicuratrici conferiscono mandato alla Società Delegataria per firmare i successivi documenti contrattuali e compiere tutti i necessari atti di gestione anche in loro nome e per loro conto; pertanto la firma apposta sui detti documenti dalla società Delegataria li rende validi ad ogni effetto anche per le coassicuratrici (per le rispettive quote), senza che da queste possano essere opponibili eccezioni o limitazioni di sorta.

Relativamente ai premi scaduti, la delegataria potrà sostituire le quietanze delle Società coassicuratrici, eventualmente mancanti, con altra propria rilasciata in loro nome e per loro conto.

Art. 1.14 - Clausola Broker

1. Il Contraente dichiara di avvalersi, per la gestione e l'esecuzione del presente contratto - ivi compreso il pagamento dei premi - dell'assistenza e della consulenza del broker. Pertanto, a parziale deroga delle norme che regolano l'assicurazione, il Contraente e la Società si danno reciprocamente atto che ogni comunicazione inerente l'esecuzione del presente contratto – con la sola eccezione di quelle riguardanti la cessazione del rapporto assicurativo - dovrà essere trasmessa, dall'una all'altra parte, unicamente per il tramite del Broker.

2. Per effetto di tale pattuizione ogni comunicazione fatta alla Società dal Broker, in nome e per conto del Contraente, si intenderà come fatta da quest'ultimo e, parimenti, ogni comunicazione inviata dalla Società al Broker si intenderà come fatta al Contraente. Resta inteso che il Broker gestirà in esclusiva per conto del Contraente il contratto sottoscritto, per tutto il permanere in vigore dell'incarico di brokeraggio, con l'impegno del Contraente a comunicarne alla Società l'eventuale revoca ovvero ogni variazione del rapporto che possa riguardare il presente contratto. Non viene meno il potere della Contraente di corrispondere direttamente i premi o di formulare comunicazioni direttamente alla compagnia.
3. La Società inoltre, riconosce che il pagamento dei premi e delle eventuali regolazioni potrà essere fatto, come di norma sarà effettuato, dal Contraente tramite il Broker sopra designato; resta intesa l'efficacia liberatoria, anche a termine dell'art. 1901 del Codice Civile, del pagamento così effettuato. Con ciò non è esclusa la possibilità del contraente di corrispondere direttamente i premi.
4. Il Broker invierà alla Società delegataria, a mezzo telefax le relative comunicazioni d'incasso e la Società riterrà valida agli effetti della copertura assicurativa la data di spedizione risultante dalla data di invio del telefax.
5. I premi incassati dal Broker verranno versati alla Società entro il giorno 10 del mese successivo a quello dell'incasso, fermi restando i termini temporali della copertura.

Art. 1.15 - Obblighi della Società relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari

In ottemperanza all'articolo 3 della Legge numero 136 del 13 agosto 2010, la stazione appaltante, la Società e, ove presente, l'intermediario, assumono gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari per la gestione del presente contratto. In tutti i casi in cui le transazioni finanziarie siano eseguite senza avvalersi di banche o della società Poste Italiane Spa, il presente contratto si intende risolto di diritto. Se la Società, il subappaltatore o l'intermediario hanno notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria, procedono all'immediata risoluzione del rapporto contrattuale. Questa circostanza deve essere comunicata alla stazione appaltante e alla prefettura-ufficio territoriale del Governo competente per territorio.

Art. 1.16 – Trattamento dei dati

Ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e del Regolamento UE 679/2016 nonché successive modifiche ed integrazioni, ciascuna delle parti (Contraente/Assicurato e Società) consente il trattamento dei dati personali rilevabili dalla polizza o che ne derivino, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali.

SEZIONE 2 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Art. 2.1 Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione è prestata per gli infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio delle attività e nell'espletamento delle funzioni professionali principali e secondarie meglio descritte nelle schede tecniche di polizza, e/o durante lo svolgimento di qualsiasi incarico inerente al servizio e/o al mandato conferitogli e/o in occasione di comando/distacco/avvalimento presso altri Enti Pubblici per conto del Contraente.

Art. 2.2 Estensione dell'assicurazione

Sono compresi nell'assicurazione:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti acuti e le intossicazioni acute e/o lesioni prodotte da ingestione di cibo o di altre sostanze;
- le morsicature, le punture e le ustioni causate da animali e/o vegetali in genere, nonché le infezioni tetaniche conseguenti ad infortuni risarcibili a termine di polizza;
- le alterazioni patologiche conseguenti a morsi di animali e punture di insetti o aracnidi, esclusa la malaria;
- l'annegamento;
- le conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche o di altre cure rese necessarie da infortunio;
- l'assideramento o congelamento, la folgorazione, i colpi di sole o di calore e altre influenze termiche ed atmosferiche;
- le ernie traumatiche e gli strappi muscolari derivanti da sforzo;
- gli infortuni sofferti in conseguenza di contatto con corrosivi;
- gli infortuni sofferti in stato di maleore o incoscienza;
- gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza o sotto l'effetto di sostanze stupefacenti, purché l'assunzione di queste ultime abbia comprovato carattere terapeutico, esclusi quelli sofferti alla guida di mezzi di locomozione;
- gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- gli infortuni derivanti da movimenti tellurici ed altre calamità naturali,
- gli infortuni causati da forze della natura compresi terremoto, maremoto, eruzione vulcanica, alluvioni, inondazioni, frane, smottamenti, valanghe, slavine;
- gli infortuni derivanti da aggressioni, tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismo e attentati, a condizione che l'Assicurato non abbia preso parte attiva a tali eventi,.

Art. 2.3 Rischio volo

L'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi in aereo, turistici o di trasferimento, effettuati in qualità di passeggero, su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti tranne che:

- da società e/o aziende di lavoro aereo, in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;
- da aereoclubs;

Il viaggio aereo si intende iniziato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aereomobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso.

Art. 2.4 Rischio di guerra all'estero

La garanzia viene estesa agli infortuni derivanti da stato di guerra, insurrezione, invasione, atti nemici, ostilità (sia che la guerra sia dichiarata o non), se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero e ciò per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità.

Art. 2.5 Estensione territoriale

L'assicurazione vale in tutto il mondo. Gli eventuali indennizzi saranno corrisposti in Italia e in Euro.

Art. 2.6 Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti:

- a) dalla guida di mezzi di locomozione aerei;
- b) dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, alpinismo con scalata di rocce o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, immersione con autorespiratore, paracadutismo e sport aerei in genere;
- c) da corse e gare - e relative prove - di ippica, calcio, ciclismo, football americano e rugby, salvo che esse abbiano carattere non professionistico;

- d) da corse e gare - e relative prove - comportanti l'uso di veicoli a motore o natanti a motore, salvo si tratti di regolarità pura;
- e) da reati dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, salvo gli atti compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- f) da guerra o insurrezione, salvo quanto previsto alla norma "rischio di guerra all'estero";
- g) da trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche.

Art. 2.7 Limiti di età

L'assicurazione, salvo diversa pattuizione risultante in polizza, non vale per le persone di età superiore a 80 anni. Tuttavia, per le persone che raggiungono tale età in corso di contratto, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla scadenza annuale successiva.

Art. 2.8 Persone non assicurabili

Non sono assicurabili (salvo diversa previsione risultante dalla scheda di polizza) le persone affette da infermità mentali che incidano sulla capacità di intendere e di volere, da alcoolismo o da tossicodipendenza. L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi.

Art. 2.9 Denuncia del sinistro e relativi obblighi

La denuncia dell'infortunio, con la descrizione dell'evento e delle cause che lo determinano, corredata anche successivamente di certificato medico, deve essere fatta per iscritto alla Società entro 30 giorni dal sinistro o dal momento in cui il Contraente o l'Assicurato o i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità. Successivamente il Contraente o l'Assicurato devono inviare certificati medici sul decorso delle lesioni.

Nel caso di inabilità temporanea, i certificati dovranno essere rinnovati. In caso di mancato rinnovo, la liquidazione dell'indennità viene fatta considerando data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che la Società possa stabilire una data diversa. L'Assicurato o - in caso di morte - il beneficiario, devono consentire le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dalla Società.

Art. 2.10 Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio può avere esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono considerati conseguenze indirette e quindi non indennizzabili. Parimenti, nei casi di preesistente mutilazione o difetto fisico, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio, come se questo avesse interessato una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivato dalle condizioni preesistenti, fermo quanto stabilito dalla norma "Invalidità permanente".

Art. 2.11 Morte

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifichi entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida ai beneficiari designati la somma assicurata per il caso di morte. In difetto di designazione, la Società liquida la detta somma, in parti uguali, agli eredi.

Art. 2.12 Morte presunta

Se il corpo dell'Assicurato non viene trovato entro un anno a seguito di arenamento, affondamento o naufragio del mezzo di trasporto terrestre, aereo, lacuale, fluviale o marittimo, verrà riconosciuto l'indennizzo previsto per il caso di morte, considerando l'evento di cui sopra come infortunio. Quando sia stato effettuato il pagamento dell'indennità ed in seguito l'Assicurato ritorni o si abbiano di lui notizie sicure, la Società ha diritto alla restituzione delle somme pagate e relative spese, e l'Assicurato stesso potrà far valere i diritti che eventualmente gli sarebbero spettati, nel caso avesse subito lesioni indennizzabili a norma della presente polizza.

Art. 2.13 Invalidità permanente

Se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente e questa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida per tale titolo, secondo le disposizioni seguenti, una indennità calcolata sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, secondo le percentuali previste dalla tabella di cui all'allegato 1 alla Legge 30.06.1965 n. 1124 e successive modifiche

e integrazioni in vigore fino al 24/07/2000, con rinuncia della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge e con la pattuizione che, qualora per la quantificazione del danno siano previste tabelle per la parte destra e per la parte sinistra del corpo, troverà comunque applicazione la tabella prevista per la parte destra, indipendentemente dalla parte colpita dal sinistro.

La perdita totale e irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali sopra indicate 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%.

Per le singole falangi terminali delle dita della mano, escludendo il pollice, si considera invalidità permanente soltanto l'asportazione totale delle falangi stesse.

L'indennità per la perdita funzionale e 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 nella sopra menzionata tabella, l'indennità è stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi elencati, della misura in cui risulta 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 minorato, le percentuali sopra indicate sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Decorsi almeno 90 giorni dall'infortunio, su richiesta dell'Assicurato la Società, quando abbia preventivato un grado di invalidità permanente superiore al 20%, anticiperà il pagamento di un indennizzo calcolato con riferimento all'anzidetta percentuale, al netto di eventuali franchigie. Nei casi di invalidità permanente di grado pari o superiore al 50% sarà liquidata l'intera indennità assicurata a tale titolo.

Art. 2.14 Inabilità temporanea

(operante solo se espressamente richiamata nella Categoria assicurata)

Se l'infortunio ha per conseguenza una inabilità dell'Assicurato ad attendere alle sue occupazioni professionali o abituali la Società liquida la diaria assicurata:

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

Art. 2.15 Rimborso spese mediche

(operante solo se espressamente richiamata nella Categoria assicurata)

Se l'Assicurato in conseguenza di infortunio fa ricorso a prestazioni sanitarie, la Società rimborsa, fino alla concorrenza del massimale previsto per anno assicurativo, o per il minor periodo di validità pattuito, le spese sostenute per:

- accertamenti diagnostici e medico legali (esclusi quelli previsti alla norma "controversie");
- visite mediche e specialistiche;
- onorari del chirurgo e di ogni altro componente l'equipe operatoria, diritti di sala operatoria, materiale d'intervento;
- apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento chirurgico o, limitatamente alle specifiche previsioni delle singole schede tecniche di polizza, danneggiati in conseguenza di infortunio indennizzabile;
- rette di degenza;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- trasporto dell'Assicurato in ambulanza o eliambulanza;
- rientro sanitario
- ogni altra spesa medica o farmaceutica resasi necessaria a seguito dell'infortunio.

Art. 2.16 Indennità di ricovero a seguito di infortunio

(operante solo se espressamente richiamata nella Categoria assicurata)

Se l'infortunio ha per conseguenza un ricovero in istituto di cura, la Società corrisponde l'indennità giornaliera prevista in polizza per un periodo massimo di 365 giorni, su presentazione di cartella clinica. Qualora venga applicata una ingessatura, l'indennità giornaliera prevista viene corrisposta, sino alla rimozione del mezzo di contenzione, anche per il periodo trascorso fuori dell'Istituto.

Art. 2.17 Spese di rimpatrio

La garanzia viene estesa alle spese di rimpatrio che le persone assicurate (o il Contraente per esse) dovessero sostenere a seguito di infortunio grave occorso all'estero, nonché al rimborso delle spese sostenute in caso di decesso per il rimpatrio della salma. Per tale estensione di garanzia è previsto un limite di Euro **7.500,00** per Assicurato.

Art. 2.18 Danni estetici

In caso di infortunio che abbia cagionato un danno di carattere estetico e lo stesso non risulti altrimenti indennizzabile in forza del presente contratto, la Società rimborserà, fino ad un massimo di Euro **10.000,00** per Assicurato, le spese per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico, comprese le spese per interventi di chirurgia plastica ed estetica.

7

Art. 2.19 Cumulo di indennità

L'indennità per il caso di morte non è cumulabile con quella per invalidità permanente.

Se dopo il pagamento di un'indennità per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari designati o, in difetto, agli eredi, la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore e non chiede il rimborso nel caso contrario.

Art. 2.20 Controversie

In caso di divergenza sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni o sul grado di invalidità permanente, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità, le parti si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere se ed in quale misura siano dovuti i rimborsi o le indennità, a norma e nei limiti delle norme di polizza, ad un Collegio di tre medici nominati uno per parte ed il terzo dalle parti di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio. Il Collegio Medico risiede ove ha sede il Contraente.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico.

La Società, entro 10 giorni dalla nomina del terzo medico, convoca il Collegio invitando l'Assicurato a presentarsi.

Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono obbligatorie per le parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale.

E' data facoltà al Collegio Medico di rinviare l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente, ove ne riscontri l'opportunità, a un termine, entro 2 anni, da fissarsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto stabilire una provvisoria sull'indennizzo totale non inferiore alla percentuale di invalidità permanente non in discussione.

Art. 2.21 Rinuncia alla rivalsa

La Società rinuncia ad ogni azione di rivalsa per le somme pagate, lasciando così integri i diritti dell'Assicurato, o dei suoi aventi causa, nei confronti dei responsabili dell'infortunio.

Art. 2.22 Responsabilità del contraente

Poiché la presente assicurazione è stata stipulata dal Contraente anche nel proprio interesse quale possibile responsabile del sinistro, si conviene che qualora l'infortunato o, in caso di morte, i beneficiari non accettino, a completa tacitazione per l'infortunio, l'indennizzo dovuto ai sensi della presente polizza ed avanzino verso il Contraente maggiori pretese a titolo di responsabilità civile, detto indennizzo viene accantonato nella sua totalità, per essere computato 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'indennizzo accantonato viene agli stessi pagato sotto deduzione, a favore del Contraente, delle spese di causa sostenute dal Contraente stesso. Le disposizioni contenute nel presente articolo potranno non essere applicate su richiesta scritta alla Società da parte del Contraente.

Art. 2.23 Esonero denuncia condizioni degli Assicurati

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le malattie sofferte, nonché le mutilazioni ed i difetti fisici da cui gli assicurati fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire.

Art. 2.24 Esonero denuncia generalità degli Assicurati

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le generalità delle persone assicurate. Per l'identificazione di tali persone si farà riferimento alla documentazione amministrativa tenuta dal Contraente a termini di legge.

Art. 2.25 Esonero denuncia altre assicurazioni

Il Contraente e l'Assicurato sono esonerati dall'obbligo di denunciare alla Società eventuali altre polizze da loro stipulate.

Art. 2.26 Limite catastrofale

Nel caso di infortunio che colpisca contemporaneamente più persone assicurate, in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà comunque superare l'importo di Euro **20.000.000,00**. Qualora le indennità liquidabili ai sensi di polizza eccedessero nel loro complesso tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

SEZIONE 3 - NORME PARTICOLARI

(operanti solo se espressamente richiamate alle singole sezioni della Scheda di polizza)

Art. 3.1 Rischio in itinere

L'assicurazione è estesa agli infortuni subiti dall'Assicurato mentre compie il tragitto per recarsi dall'abitazione al luogo di svolgimento dell'attività, del mandato o dell'incarico, e viceversa.

Art. 3.2 Elevazione dell'indennità assicurata in caso di morte da aggressione

La Società, per il solo caso di morte determinata da aggressione, atti di terrorismo o attentato, ai danni delle persone assicurate, corrisponderà l'indennità prevista in polizza per il caso di morte, maggiorata del 50%.

Art. 3.3 Estensione alle aggressioni al di fuori dell'orario di svolgimento dell'attività

L'assicurazione è operante anche per gli infortuni subiti dagli assicurati in seguito ad aggressioni o atti violenti che abbiano movente politico, sociale o sindacale, anche fuori dall'orario di lavoro e/o fuori dai luoghi di svolgimento di mandati o di incarichi, sempre che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva.

Art. 3.4 Deroga ai limiti di età

L'assicurazione è operante anche per le persone di età superiore a 80 anni e fino a 85 anni, per le quali resta tuttavia convenuto che la garanzia per invalidità permanente deve intendersi prestata con una franchigia assoluta del 5% (cinque per cento), in deroga ad ogni diversa previsione delle norme che regolano l'assicurazione.

Art. 3.5 Malattie contratte in servizio e per cause di servizio

L'assicurazione viene estesa ai sensi delle leggi in vigore anche alle malattie contratte in servizio e per cause di servizio che abbiano per conseguenza la morte, l'invalidità permanente, o l'inabilità temporanea.

L'operatività della garanzia è subordinata alla condizione che la malattia insorga nel corso del rapporto assicurativo e si manifesti al massimo entro un anno dalla data di cessazione del rapporto stesso.

Sono escluse dalla garanzia le nevrosi, le malattie mentali, quelle tubercolari e quelle che sono conseguenza diretta o indiretta di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche.

Non si darà luogo ad indennizzo per l'invalidità permanente, causata da malattia contratta in servizio e per cause di servizio, quando questa sia di grado pari o inferiore al 15% della totale. Se invece essa risulterà superiore al 15% della totale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente.

La Società

Il Contraente / Assicurato

SEZIONE 4 - CATEGORIE DI ASSICURATI

(garanzie operanti solo per le categorie espressamente richiamate nella Scheda di polizza)

CATEGORIA A - AMMINISTRATORI

Assicurati:

Gli Amministratori dell'Ente Contraente (Presidente e componenti Consiglio Provinciale)

Ambito di validità dell'assicurazione:

L'assicurazione vale per gli infortuni sofferti dagli Assicurati nell'espletamento dei rispettivi incarichi per conto dell'Ente Contraente. Le garanzie sono operanti anche in occasione di trasferimenti, viaggi e trasferte resi necessari per l'espletamento delle loro funzioni, comprese attività di rappresentanza.

Indennità assicurate pro-capite:

- Euro 150.000,00 in caso di morte;
- Euro 200.000,00 in caso di invalidità permanente;
- Euro 10.000,00 per rimborso spese mediche.

Condizioni particolari operanti:

- 3.1 Rischio in itinere
- 3.2 Elevazione dell'indennità assicurata in caso di morte da aggressione
- 3.3 Estensione alle aggressioni al di fuori dell'orario e dell'ambito di svolgimento dell'attività
- 3.4 Deroga ai limiti di età

Elementi per il conteggio del premio:

Il premio annuo lordo anticipato, soggetto a regolazione, viene determinato in base al **numero di assicurati** indicato nella Scheda di polizza ed al relativo premio pro-capite indicato.

CATEGORIA B – DIPENDENTI ED ALTRI SOGGETTI ALLA GUIDA

Assicurati:

Tutti i dipendenti, il segretario generale del Contraente nonché altri soggetti (quali, a titolo meramente indicativo e non esaustivo: personale comandato da altri comuni od enti, titolari di contratti di collaborazione o di incarichi a contratto, lavoratori interinali e disciplinati dalla L. Biagi, soggetti occupati in lavori socialmente utili, volontari, stagisti), autorizzati dal Contraente all'utilizzo di mezzi di trasporto privati e assicurabili in forza di specifiche previsioni di leggi, contratti o convenzioni e per la cui identificazione varrà la documentazione amministrativa tenuta dal Contraente a termini di legge.

Ambito di validità dell'assicurazione:

L'assicurazione vale per gli infortuni sofferti dagli Assicurati in qualità di conducenti di mezzi di trasporto utilizzati per conto e su autorizzazione del Contraente, per l'espletamento di compiti di servizio al di fuori dell'ufficio e limitatamente al tempo necessario per l'esecuzione delle prestazioni di servizio compresi gli infortuni sofferti salendo o scendendo sui/dai mezzi di trasporto menzionati e durante le operazioni necessarie, in caso di fermata, a riprendere la marcia.

Per l'identificazione dei mezzi di trasporto per il cui utilizzo è prestata l'assicurazione, farà fede la documentazione amministrativa del Contraente.

La garanzia è operante anche in occasione di missioni esterne svolte per conto di altri Enti, presso i quali i menzionati assicurati siano comandati dal Contraente od in distacco funzionale od in avvalimento od anche per incarichi di reggenza o di supplenza, sempre che per tali incarichi siano considerati i corrispondenti elementi pattuiti per il computo del premio della presente sezione.

Il rischio in itinere deve intendersi compreso limitatamente ai casi in cui per l'adempimento di servizio sia stato autorizzato l'utilizzo del veicolo da e/o per la dimora abituale e venga conseguentemente considerata la corrispondente percorrenza chilometrica, in quanto elemento pattuito per il computo del premio.

Indennità assicurate pro-capite:

- Euro 150.000,00 in caso di morte;
- Euro 200.000,00 in caso di invalidità permanente;
- Euro 10.000,00 per rimborso spese mediche.

Condizioni particolari operanti:

3.1 Rischio in itinere

Elementi per il conteggio del premio:

Il premio annuo lordo anticipato, soggetto a regolazione, viene determinato in base alla percorrenza chilometrica coperta, per conto e su autorizzazione del Contraente, dagli autoveicoli di proprietà privata utilizzati dagli Assicurati per gli adempimenti sopra descritti.

CATEGORIA C - CONDUCENTI MEZZI DI TRASPORTO DEL CONTRAENTE

Assicurati:

I conducenti dei mezzi di trasporto di proprietà del Contraente, ovvero ad esso locati, in uso o comodato, in forza di convenzioni od altri atti ufficiali.

Ambito di validità dell'assicurazione:

L'assicurazione vale per gli infortuni sofferti dagli Assicurati in qualità di conducenti di mezzi di trasporto utilizzati per conto e su autorizzazione del Contraente. Sono compresi gli infortuni sofferti salendo o scendendo sui/dai mezzi di trasporto menzionati e durante le operazioni necessarie, in caso di fermata, a riprendere la marcia.

Per l'identificazione dei mezzi di trasporto per il cui utilizzo è prestata l'assicurazione, farà fede la documentazione amministrativa del Contraente.

Indennità assicurate pro capite:

- Euro 150.000,00 in caso di morte;
- Euro 200.000,00 in caso di invalidità permanente;
- Euro 10.000,00 per rimborso spese mediche.

Condizioni particolari operanti:

3.1 Rischio in itinere

Elementi per il conteggio del premio:

Il premio annuo lordo anticipato, soggetto a regolazione, viene determinato in base al numero complessivo di veicoli di proprietà del Contraente, o nelle disponibilità dello stesso per convenzione, comodato o locazione: numero complessivo di tali veicoli, esclusi rimorchi.

CATEGORIA D – ASILI NIDO E SCUOLE D'INFANZIA

Assicurati:

Gli iscritti agli Asili Nido e/o Scuole d'Infanzia gestite dal Contraente (o da terzi per conto del Contraente, tramite appalti, convenzioni, regolamenti od altri specifici atti amministrativi, qualora la copertura assicurativa sia espressamente prevista in capo al Contraente stesso), anche in concorso con altri Enti.

Ambito di validità dell'assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni sofferti dagli Assicurati durante lo svolgimento di tutte le attività didattiche, ricreative, ludiche, sportive e socio-culturali previste dai programmi e/o disposte dagli organi e dai ruoli competenti. La garanzia deve intendersi operante anche all'esterno dei locali scolastici o di quelli destinati ad ospitare l'attività assicurata, a condizione che dette attività siano svolte con l'accompagnamento ed il controllo di personale autorizzato.

La copertura vale per le attività che si svolgano sia all'interno di locali chiusi che nel corso di uscite, gite, visite esterne ed eventi in genere.

Deve intendersi compreso altresì il rischio in itinere, ovvero il tragitto tra il domicilio dell'Assicurato e la scuola o luogo di svolgimento dell'attività e viceversa.

Per la identificazione delle persone assicurate faranno fede gli appositi registri, od altri documenti equipollenti, attestanti l'iscrizione alle attività per le quali è prestata la copertura assicurativa.

Indennità assicurate pro capite

- Euro 150.000,00 in caso di morte;
- Euro 200.000,00 in caso di invalidità permanente;
- Euro 10.000,00 per rimborso spese mediche.

Condizioni particolari operanti

-

Elementi per il conteggio del premio

Il premio annuo lordo anticipato, soggetto a regolazione, viene determinato in base al numero di assicurati indicato nella Scheda di polizza ed al relativo premio pro-capite indicato.

CATEGORIA E – SOGGETTI OPERANTI IN ATTIVITÀ DI PUBBLICA UTILITÀ

Assicurati:

Volontari, cittadini o soggetti in genere che prestano la loro opera, per conto e su autorizzazione del Contraente, nello svolgimento di attività, servizi e lavori di pubblica utilità previsti ed organizzati dal Contraente stesso nell'ambito di convenzioni, regolamenti, patti od altri specifici atti amministrativi che ne prevedono la copertura assicurativa (ad esempio, a titolo puramente esemplificativo e non limitativo: Regolamenti tutela beni comuni, Volontariato Civico, Cittadinanza attiva etc).

Ambito di validità dell'assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni sofferti dagli Assicurati nello svolgimento di attività, servizi e lavori di pubblica utilità quali, a titolo meramente esemplificativo e non limitativo: impianto, pulizia e manutenzione del verde pubblico (aree verdi, parchi pubblici, aiuole etc) ed esecuzione di piccole manutenzioni di beni di interesse pubblico, ivi comprese aree giochi ed aree ad uso pubblico in genere, anche con impiego di macchinari e attrezzature pertinenti all'attività svolta; partecipazione, supporto e sorveglianza in occasione di corsi, gite, manifestazioni od eventi in genere, compreso allestimento e smontaggio di strutture; accompagnamento e sorveglianza in ausilio ai servizi scolastici; assistenza domiciliare e accompagnamento in ausilio ai servizi sociali; partecipazione; gestione di isole ecologiche nonché ogni altra attività organizzata od autorizzata dal Contraente nell'ambito di convenzioni, regolamenti, patti od altri specifici atti amministrativi.

Per l'identificazione degli Assicurati farà fede la documentazione amministrativa tenuta dal Contraente costantemente aggiornata e a disposizione degli incaricati della Società di compiere accertamenti. In caso di sinistro il Contraente è tenuto a produrre specifica dichiarazione attestante che l'infortunio sofferto dall'Assicurato si è verificato nello svolgimento delle attività per le quali è prestata l'assicurazione.

Indennità assicurate pro capite

- Euro 150.000,00 in caso di morte;
- Euro 200.000,00 in caso di invalidità permanente;
- Euro 10.000,00 per rimborso spese mediche.

Condizioni particolari operanti

- 3.1 Rischio in itinere
- 3.4 Deroga ai limiti di età

Elementi per il conteggio del premio

Il premio annuo lordo anticipato, soggetto a regolazione, viene determinato in base al numero di assicurati indicato nella Scheda di polizza ed al relativo premio unitario indicato.

CATEGORIA F - MINORI IN AFFIDO

Assicurati:

I minori affidati al Contraente su disposizione dell'organo competente, nell'ambito delle competenze istituzionali del Contraente stesso in tema di affidamento minori ai sensi della normativa vigente.

Si intendono parificati ai minori in affido anche eventuali minori utenti di attività organizzate o promosse dai Servizi Sociali del Contraente nell'ambito di progetti di sostegno alle famiglie in difficoltà (a titolo esemplificativo ma non limitativo: progetti di vicinanza solidale – famiglie collocatarie - famiglie di appoggio etc).

Ambito di validità dell'assicurazione

L'assicurazione copre ogni infortunio che possa occorrere agli assicurati durante l'intero periodo di affidamento, eseguito attraverso qualsiasi forma (familiare, eterofamiliare, a singoli, a strutture residenziali / comunità / case famiglia ai sensi della normativa vigente), anche tramite altri Enti, Consorzi od organismi strumentali a cui il Contraente partecipa, senza limitazione alcuna.

L'assicurazione è operante anche durante le fasi preliminari all'affido, nonché nei casi di affidamento parziale e temporaneo, ovvero limitato a giornate e/o fasce orarie limitate, il tutto purché documentato dal Contraente.

La Società rinuncia al diritto di rivalsa nei confronti degli affidatari.

Per la identificazione delle persone assicurate faranno fede gli appositi atti amministrativi presenti presso gli uffici competenti del Contraente (atti di affido / altri documenti equipollenti / patti tra famiglie etc).

Indennità assicurate pro capite

- Euro 150.000,00 in caso di morte;
- Euro 200.000,00 in caso di invalidità permanente;
- Euro 10.000,00 per rimborso spese mediche.

Condizioni particolari operanti

3.1 Rischio in itinere

Elementi per il conteggio del premio

Il premio annuo lordo anticipato, soggetto a regolazione, viene determinato in base al numero assicurati indicato nella Scheda di polizza, ed al relativo premio pro-capite indicato.

CATEGORIA G - TRASPORTO SCOLASTICO E/O DI ACCOMPAGNAMENTO

Assicurati:

I soggetti che usufruiscono dei servizi di trasporto scolastico e/o di accompagnamento organizzati e gestiti dal Contraente (o da terzi per conto del Contraente, tramite appalti, convenzioni, regolamenti od altri specifici atti amministrativi, qualora la copertura assicurativa sia espressamente prevista in capo al Contraente stesso), anche in concorso con altri Enti.

Ambito di validità dell'assicurazione

L'assicurazione copre ogni infortunio che possa occorrere agli assicurati durante il trasporto, con mezzi pubblici o con qualsiasi altro mezzo autorizzato, effettuati da/a la propria abitazione, scuole (materne, elementari e medie), palestre, piscine, e viceversa, nonchè in occasione di gite scolastiche, viaggi di istruzione, visite guidate organizzate dall'Autorità scolastica o dal Contraente.

L'assicurazione comprende gli infortuni:

- nell'atto di salire e di scendere dai mezzi suddetti
- durante la permanenza sugli stessi mezzi ed anche nei momenti in cui i trasportati sfuggendo alla sorveglianza dell'addetto o degli addetti preposti al controllo, si alzano dai propri posti:
- durante l'attesa dei mezzi;
- subito dopo la discesa dai mezzi sempre che tali infortuni si verifichino nel raggio di 500 mt. dal posto di fermata del mezzo medesimo.

Per la identificazione delle persone assicurate faranno fede gli appositi registri, od altri documenti equipollenti, attestanti l'iscrizione alle attività per le quali è prestata la copertura assicurativa.

Indennità assicurate pro capite

- Euro 150.000,00 in caso di morte;
- Euro 200.000,00 in caso di invalidità permanente;
- Euro 10.000,00 per rimborso spese mediche.

Condizioni particolari operanti

-

Elementi per il conteggio del premio

Il premio annuo lordo anticipato, soggetto a regolazione, viene determinato in base al numero di assicurati indicato nella Scheda di polizza ed al relativo premio pro-capite indicato.

CATEGORIA H – CENTRI RICREATIVI ESTIVI

Assicurati:

Gli iscritti ai Centri Ricreativi Estivi – o similari - organizzati dal Contraente (o da terzi per conto del Contraente qualora la copertura assicurativa sia posta a carico del Contraente stesso nell'ambito di convenzioni, regolamenti od altri specifici atti amministrativi), anche in concorso con altri Enti.

Ambito di validità dell'assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni sofferti dagli Assicurati durante lo svolgimento di tutte le attività didattiche, ricreative, ludiche, sportive e socio-culturali previste dai programmi e/o disposte dagli organi e dai ruoli competenti, comprese gite, escursioni ed eventuali pernottamenti, effettuate con qualsiasi mezzo, purché collettivamente e con personale autorizzato.

Sono pertanto compresi in garanzia:

- i trasferimenti dalla sede principale di svolgimento dell'attività ad altre sedi di svolgimento di attività all'esterno e viceversa;
- i trasferimenti collettivi dal luogo stabilito per la partenza fino alla struttura di destinazione e viceversa per il rientro a soggiorno terminato.

Per la identificazione delle persone assicurate faranno fede gli appositi registri, od altri documenti equipollenti, attestanti l'iscrizione alle attività per le quali è prestata la copertura assicurativa.

Indennità assicurate pro capite

Euro 150.000,00 in caso di morte;

Euro 200.000,00 in caso di invalidità permanente

Euro 10.000,00 per rimborso spese mediche.

Condizioni particolari operanti

-

Elementi per il conteggio del premio

Il premio annuo lordo anticipato, soggetto a regolazione, viene determinato in base al numero di assicurati indicato nella Scheda di polizza ed al relativo premio pro-capite indicato.

SCHEDA DI POLIZZA

Contraente: **COMUNE DI QUARRATA**
 Via Vittorio Veneto, 2 - 51039 Quarrata (PT)
 Codice Fiscale e Partita IVA: 00146470471

durata del contratto: anni 3
effetto dal: 31/12/2020
scadenza il: 31/12/2023
frazionamento: annuale
facoltà rinnovo: 2 anni
facoltà proroga: 180 giorni

L'assicurazione è operante in favore degli Assicurati e con riferimento agli ambiti meglio precisati alle seguenti singole Categorie per le indennità assicurate e dietro corresponsione dei premi rispettivamente indicati in ciascuna di esse:

Categorie assicurati / parametro	Dato preventivo	Premio lordo unitario	Riepilogo premi lordi annui
Categoria A – Amministratori Numero persone	22		
Categoria B – Dipendenti ed altri soggetti alla guida Km annui percorsi	500		
Categoria C – Conducenti mezzi di trasporto del Contraente Numero veicoli	29		
Categoria D – Asili Nido e Scuole Infanzia Numero persone	105		
Categoria E - Soggetti operanti in attività di pubblica utilità Numero persone	Attivazione a richiesta		
Categoria F – Minori in affidamento Numero persone	7		
Categoria G - Trasporto scolastico e/o accompagnamento Numero persone	750		
Categoria H – Centri Ricreativi Estivi Numero persone	70		
PREMIO ANNUO TOTALE			€.....=

Scomposizione del premio annuo:

Premio annuo imponibile	€.....
Imposte	€.....
TOTALE	€

La Società

Il Contraente / Assicurato