

**Lotto n° 5
Capitolato Speciale**

Polizza di assicurazione Infortuni

stipulata tra:

COMUNE DI REGGIO EMILIA

Piazza Prampolini, 1
42100 – Reggio Emilia
P.IVA n° 00145920351

e

[Nome Società]

Via.....

Cap.....Città.....

P.IVA n°

Effetto:	dalle ore 24.00 del 31/12/2017
Cessazione:	alle ore 24.00 del 31/12/2020
Scadenza anniversaria	al 31/12 di ogni anno

SEZIONE 1 - DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intendono:

- per **Assicurazione**: il contratto di assicurazione;
- per **Polizza**: il documento che prova l'assicurazione;
- per **Contraente**: l'Impresa o l'Ente che stipula la polizza;
- per **Assicurato**: il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione;
- per **Beneficiario**: il soggetto cui, in caso di morte dell' Assicurato, deve essere pagata la somma garantita;
- per **Società**: l'impresa di assicurazione;
- per **Premio**: la somma dovuta alla Società;
- per **Rischio**: la probabilità che si verifichi il sinistro;
- per **Sinistro**: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione;
- per **Indennizzo**: la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro;
- per **Broker**: Marsh SpA;
- per **Infortunio**: l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la Morte, una Invalidità Permanente oppure una Inabilità Temporanea.

SEZIONE 2 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1 – Variazioni del rischio successivamente all'aggiudicazione del contratto

Per aggravamento del rischio si intende qualsiasi modifica dovuta a cause sopravvenute, non previste e non prevedibili, che determinano una diversa probabilità di verificarsi di un sinistro ovvero una variazione delle sue conseguenze tali che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto, la Società non avrebbe consentito l'assicurazione o l'avrebbe consentita per un premio più elevato. Le variazioni che devono essere comunicate concernono circostanze di fatto interne all'organizzazione del Contraente in grado di determinare un aggravamento del rischio rilevante. Il Contraente non è tenuto a comunicare variazioni del rischio derivanti da sopravvenienze normative ovvero da modifiche degli orientamenti giurisprudenziali conseguenti a pronunce di merito o di legittimità.

Qualsiasi circostanza intervenuta successivamente all'aggiudicazione del contratto di assicurazione, che comporti una variazione del rischio, ai sensi del precedente comma, deve essere comunicata per iscritto dal Contraente alla Società entro trenta giorni dall'intervenuta conoscenza.

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

Art. 2 - Assicurazione presso diversi Assicuratori

Si dà atto che possono sussistere altre assicurazioni per lo stesso rischio anch'esse operanti a primo rischio. In tal caso, per quanto coperto con la presente polizza, ma non coperto dalle altre, la Società risponde per l'intero danno e fino alla concorrenza del massimale previsto dalla presente polizza. Per quanto coperto di assicurazione sia dalla presente polizza sia dalle altre, la Società risponde nella misura risultante dall'applicazione dell'art. 1910 C.C..

In deroga a quanto disposto dal primo e secondo comma dell'art. 1910 c.c., il Contraente e gli Assicurati sono comunque esonerati dall'obbligo di comunicare alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio, fermo restando che in caso di sinistro, il Contraente e gli Assicurati devono darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 C.C..

Art. 3 - Modifiche dell'assicurazione

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

Eventuali variazioni di polizza che comportano aumenti di premio (a titolo esemplificativo e non limitativo modifiche della copertura prestata per le categorie già assicurate, inserimento di nuove categorie, inclusione di nuove garanzie ecc..) si ritengono operanti dalla decorrenza richiesta, fermo il pagamento del relativo premio entro 90 giorni dalla ricezione dell'appendice di variazione formalmente ritenuta corretta.

Art. 4 – Comunicazioni dell'Assicurato

Si prende atto che le eventuali comunicazioni del Contraente e dell'Assicurato possono essere fatte con lettera raccomandata (anche a mano) od altro mezzo (pec, fax o simili) idoneo a comprovarne la data ed il contenuto, indirizzate alla Società oppure al Broker al quale il Contraente ha conferito incarico per la gestione della polizza.

Art. 4a – Deroga alle dichiarazioni dell'Assicurato

Le dichiarazioni dell'Assicurato a stampa di polizza si intendono nulle e prive di effetto.

Art. 5 - Proroga dell' assicurazione e periodo di assicurazione

L'Assicurazione è stipulata per la durata di anni 3 con effetto dalle ore 24.00 del 31/12/2017 e scadenza alle ore 24.00 del 31/12/2020.

Non è previsto il tacito rinnovo del contratto pertanto l'assicurazione cesserà alla scadenza del 31/12/2020, con facoltà per le parti di stipulare la prosecuzione del servizio, una sola volta fino alle ore 24:00 del 31/12/2023 ai sensi dell'art. 63, comma 5 del D. Lgs. 50/2016, a condizione che, in tale momento, ne ricorrano tutte le condizioni previste dalle leggi anche di fonte Regionale.

E' però facoltà del Contraente, antecedentemente alla scadenza del contratto per qualsiasi causa, richiedere alla Società una proroga tecnica, temporanea della presente assicurazione, finalizzata all'espletamento od al completamento delle procedure di aggiudicazione della nuova assicurazione. La Società, a fronte della corresponsione del relativo rateo di premio che verrà conteggiato sulla base di 1/360 del premio annuale della polizza appena scaduta per ogni giorno di copertura, si impegna sin d'ora a prorogare in tal caso l'assicurazione, alle medesime condizioni contrattuali ed economiche, per un periodo massimo di 6 mesi decorrenti dalla scadenza o cessazione. La Società si impegna altresì a concedere la proroga tecnica della presente assicurazione nei casi previsti al successivo art. 9, alle condizioni e nelle modalità di cui al paragrafo 9.3.

Art. 6 - Pagamento del premio

Il premio dell'Assicurazione viene corrisposto dal Contraente con applicazione di una rateazione annuale all'attivazione della polizza, ossia al 31/12/2017 e al 31/12 di ogni scadenza anniversaria.

Il Contraente è tenuto a pagare il premio dell'assicurazione stabilito nella polizza, con applicazione a ciascuna delle rispettive scadenze, anche in caso di rinnovo o proroga, di una mora di 90 giorni. Pertanto l'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza, se la prima rata di premio è stata pagata entro i 90 giorni successivi.

Se il Contraente, entro il termine di mora, non paga il premio o la prima rata di premio, i premi successivi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 90° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze (art. 1901 C.C.).

I premi potranno essere pagati alla Direzione della Società o alla sede dell'Agenzia alla quale è assegnata la polizza, anche per il tramite del broker.

Ai sensi dell'art. 48 del DPR 602/1973 la Società da atto che:

- a) l'Assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuata 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.
- b) 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 stessa.

Art. 7 – Obblighi inerenti la tracciabilità dei flussi finanziari in base alla Legge n. 136/2010

La Società appaltatrice è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi di tracciabilità previsti dalla legge n. 136/2010.

Nel caso in cui la Società, nei rapporti nascenti con i propri eventuali subappaltatori, subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, abbia notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria di cui all'art. 3 della legge n. 136/2010 ne dà immediata comunicazione alla Stazione Appaltante ed alla Prefettura-ufficio territoriale del Governo della Provincia ove ha sede la Stazione appaltante.

L'Amministrazione può verificare, in occasione di ogni pagamento all'appaltatore e con interventi di controllo ulteriori, l'assolvimento da parte dello stesso, dei subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, agli obblighi relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari.

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

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

presente clausola risolutiva. La risoluzione, in base all'art. 1458 c.c., non si estende alle obbligazioni della Società derivanti da sinistri verificatisi antecedentemente alla risoluzione del contratto.

Art. 8 - Revisione del prezzo

Al verificarsi delle ipotesi di variazione del rischio previsti all'Art. 1 - "Variazioni del rischio successivamente all'aggiudicazione del contratto", ovvero nel caso in cui l'ammontare dei sinistri pagati dalla Società sommato al computo degli importi posti a riserva dalla Società per i sinistri non ancora pagati, risulti eccedere, alla data della richiesta, l'ammontare del premio, al netto delle imposte, pagato dal Contraente o oggetto di regolazione per il medesimo periodo di oltre il 25%, la Società potrà richiedere, ai sensi dell'art. 106 del D. Lgs. 50/2016 "Codice degli Appalti", la revisione del prezzo. A tal fine si precisa che, ai soli fini del calcolo revisionale, nel rapporto sinistri a premi di cui al precedente comma, verrà computato solo il 75% degli importi posti a riserva dalla Società per i sinistri riservati e non ancora pagati.

Il Contraente, entro 15 giorni, a seguito della relativa istruttoria e tenuto conto delle richieste formulate, decide in ordine alle stesse, formulando la propria controproposta di revisione. In caso di accordo tra le parti, si provvede alla modifica del contratto; qualora sia pattuito un aumento dei premi, il Contraente provvede a corrispondere l'integrazione del premio nei termini di cui all'art. 6 "Pagamento del premio".

Art. 9 – Recesso della Società

La Società ha diritto di recedere dal contratto esclusivamente nei seguenti casi con le modalità di seguito indicate:

Art. 9.1 – Recesso per dichiarazioni inesatte o reticenze del Contraente

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del contraente, relative a circostanze tali che la Società non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, consentono, qualora il contraente abbia agito senza dolo o colpa grave, alla Società di recedere dal contratto stesso con un preavviso non inferiore a 120 giorni, mediante dichiarazione da inviare dalla Società al Contraente entro e non oltre tre mesi dal giorno in cui la Società ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.

Nella fattispecie di cui al precedente comma, qualora si verifichi un sinistro prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dalla Società, o prima che questa abbia dichiarato di recedere dal contratto, la Società è comunque tenuta, in deroga a quanto previsto dal comma 2 dell'art. 1893 c.c., al pagamento dell'indennizzo per l'intero.

Art. 9.2 – Recesso per aggravamento del rischio

Dopo il trentesimo giorno successivo alla proposta di cui all'art. 5 "Revisione del prezzo", presentata dalla Società, ovvero al termine della trattativa instaurata ai sensi del comma 2 del medesimo articolo, in caso di mancato accordo tra le parti, la Società può recedere dal contratto di assicurazione con preavviso non inferiore a 120 (centoventi) giorni, da comunicarsi al Contraente tramite Raccomandata AR (posta elettronica certificata).

Art. 9.3 - Norme comuni in tutte le ipotesi di recesso

La Società, entro 30 (trenta) giorni dalla data d'efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta governativa, relativa al periodo di rischio non corso. Ai fini del rimborso si tiene conto di eventuali importi dovuti dal Contraente.

In tutte le ipotesi di recesso, come disciplinate agli art. 9.1 e 9.2, la Società congiuntamente alla volontà espressa di recedere dal contratto dovrà fornire, nella comunicazione stessa di recesso, al Contraente tutti i dati di cui art. 7 "Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio" (Sezione 6) necessari per la redazione del bando di gara per l'affidamento del nuovo contratto assicurativo. Si precisa che il recesso non produce effetto in caso di mancata produzione dei dati richiamati.

In tutte le ipotesi di recesso, come disciplinate di cui agli art. 9.1 e 9.2, qualora alla data di efficacia dello stesso, il Contraente non sia riuscito ad affidare il nuovo contratto di assicurazione, a semplice richiesta di quest'ultima, la Società s'impegna a prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni,

contrattuali ed economiche, in vigore per un periodo massimo di 180 (centottanta) giorni (c.d. "proroga tecnica").

Art. 10 - Oneri fiscali

Tutti gli oneri, presenti e futuri, relativi al premio sono a carico del Contraente anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

Art. 11 - Foro competente

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

Art. 12 - Rinvio alle norme di legge

Per quanto non espressamente regolato dal presente contratto valgono le norme di Legge.

Art. 13 – Interpretazione del contratto

Si conviene fra le Parti che, in caso di dubbio nell'interpretazione anche di una delle condizioni di polizza, si dovrà intendere che le stesse devono interpretarsi in senso conforme a quello in cui tali condizioni possano essere ritenute legittime e non contrarie a disposizione di legge; in ogni caso, verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole all'Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di polizza.

Art. 14 – Validità esclusiva delle norme dattiloscritte

Si intendono operanti solo le norme dattiloscritte.

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

Art. 15 – Trattamento dei dati

Ai sensi del D.lgs. 196/2003, ciascuna delle parti (Contraente, Assicurato, Società, Broker) consente il trattamento dei dati personali rilevabili dalla polizza o che ne derivino, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali.

Art. 16 - Clausola broker

Il Contraente dichiara di aver affidato la gestione della presente polizza alla società di brokeraggio Marsh S.p.A., in qualità di Broker, ai sensi del D. Lgs. 209/2005.

La Società riconosce che ogni comunicazione relativa alla presente assicurazione avverrà per il tramite del broker e tutti i rapporti inerenti la presente assicurazione saranno svolti per conto del Contraente e dell'Assicurato dal Broker medesimo. Ai sensi della legislazione vigente, la Società dichiara che il broker è autorizzato ad incassare i premi o le rate di premio, con effetto liberatorio nei confronti della Società stessa. Pertanto, il pagamento del premio eseguito in buona fede dal Contraente al broker si considera come effettuato direttamente alla Società.

Art. 16a) - Clausola broker in presenza di Lloyd's Correspondent (Clausola alternativa operante nel solo caso di polizza appoggiata ai Lloyd's)

Il Contraente dichiara di aver affidato la gestione della presente polizza alla società di brokeraggio Marsh S.p.A., in qualità di Broker, ai sensi del D. Lgs. 209/2005.

Pertanto:

- Ogni comunicazione effettuata al Broker dal Corrispondente/Coverholder dei Lloyd's si considererà come effettuata al Contraente/Assicurato;
- Ogni comunicazione effettuata dal Broker del Contraente Assicurato al Corrispondente/Coverholder dei Lloyd's si considererà come effettuata dal Contraente/Assicurato stesso.

I Sottoscrittori conferiscono mandato alla Società.....(di seguito nominata Corrispondente/Coverholder dei Lloyd's) di ricevere e trasmettere la corrispondenza relativa alla presente polizza.

Pertanto :

- Ogni comunicazione effettuata al Corrispondente/Coverholder dei Lloyd's si considererà come effettuata ai Sottoscrittori

- Ogni comunicazione effettuata dal Corrispondente/Coverholder dei Lloyd's si considererà come effettuata dai Sottoscrittori

Ai sensi della legislazione vigente, la Società dichiara che il broker è autorizzato ad incassare i premi o le rate di premio, con effetto liberatorio nei confronti della Società stessa. Pertanto, il pagamento del premio eseguito in buona fede dal Contraente al broker si considera come effettuato direttamente alla Società.

Art. 17 – Coassicurazione e delega

Qualora l'assicurazione fosse ripartita per quote determinate tra Società ai sensi dell'art. 1911 del c.c., le stesse devono essere indicate nel riparto allegato alla Polizza, ferma restando - in deroga al medesimo articolo 1911 c.c. - la responsabilità solidale di tutte le Imprese coassicurate nei confronti del Contraente e dell'Assicurato per le obbligazioni assunte con la stipula dell'Assicurazione.

La Spettabile, all'uopo designata Coassicuratrice Delegataria, dichiara di aver ricevuto mandato dalle coassicuratrici indicate nel riparto a:

- firmare la Polizza e gli atti sopraindicati anche in loro nome e per conto e ciò vale anche per il presente atto,
- incassare i premi dell'Assicurazione e pagare gli indennizzi,
- ricevere e inviare ogni comunicazione relativa all'Assicurazione, ivi incluse quelle relative a proroghe e recesso,

in nome proprio e per conto delle Coassicuratrici.

Resta inteso che al pagamento dell'indennizzo, in virtù della disposizione suindicata, sono obbligate solidalmente tutte le Imprese Coassicurate.

SEZIONE 3 – RISCHI COPERTI

Art. 1 – Persone e somme assicurate

a)	CONDUCENTI MEZZI ENTE	
	MORTE	€ 100.000,00
	INVALIDITA' PERMANENTE	€ 150.000,00
	RIMBORSO SPESE MEDICHE	€ 5.000,00
b)	DIPENDENTI CHE UTILIZZANO IL MEZZO PROPRIO IN OCCASIONE DI TRASFERTE O PER ADEMPIMENTI DI SERVIZIO	
	MORTE	€ 100.000,00
	INVALIDITA' PERMANENTE	€ 150.000,00
	RIMBORSO SPESE MEDICHE	€ 5.000,00
c)	ALUNNI NIDI E SCUOLE D'INFANZIA	
	MORTE	€ 100.000,00
	INVALIDITA' PERMANENTE	€ 155.000,00
	DIARIA DA RICOVERO DA INFORTUNIO	€ 52,00
	RIMBORSO SPESE MEDICHE	€ 5.000,00
d)	AMMINISTRATORI (ASSESSORI - CONSIGLIERI – PRESIDENTI DI CIRCOSCRIZIONE – CONSIGLIERI DI CIRCOSCRIZIONE)	
	MORTE	€ 200.000,00
	INVALIDITA' PERMANENTE	€ 350.000,00
	RIMBORSO SPESE MEDICHE	€ 5.000,00
e)	PARTECIPANTI A MANIFESTAZIONI ORGANIZZATE DAL COMUNE DI REGGIO EMILIA	
	MORTE	€ 100.000,00
	INVALIDITA' PERMANENTE	€ 150.000,00
	RIMBORSO SPESE MEDICHE	€ 5.000,00
f)	DISABILI	
	MORTE	€ 100.000,00
	INVALIDITA' PERMANENTE	€ 150.000,00
	RIMBORSO SPESE MEDICHE	€ 5.000,00
g)	MINORI IN AFFIDO	
	MORTE	€ 100.000,00
	INVALIDITA' PERMANENTE	€ 155.000,00
	RIMBORSO SPESE MEDICHE	€ 5.000,00
h)	ASSISTENTI SOCIALI	
	MORTE	€ 150.000,00
	INVALIDITA' PERMANENTE	€ 200.000,00
	RIMBORSO SPESE MEDICHE	€ 5.000,00

i) PORTAVALORI

MORTE	€ 150.000,00
INVALIDITA' PERMANENTE	€ 150.000,00
RIMBORSO SPESE MEDICHE	€ 1.500,00

Art. 2 – Rischi assicurati

- Categoria a) Infortuni subiti da conducenti durante il viaggio, per la forzata sosta e la ripresa della marcia, per tutti i veicoli di proprietà o in uso all' Ente, comprese, a titolo esemplificativo e non limitativo, le biciclette. Sono compresi in garanzia anche la salita e la discesa dai veicoli.
- Categoria b) In ottemperanza agli obblighi di legge derivanti alla Contraente, infortuni subiti da Dipendenti e Segretario durante la circolazione con i mezzi di trasporto - autovetture, motocicli, biciclette con o senza pedalata assistita - in uso agli stessi, purché non intestati al PRA a nome del Contraente, che possono verificarsi durante le trasferte o gli adempimenti di servizio fuori dall'ufficio limitatamente al tempo strettamente necessario per l'esecuzione delle prestazioni relative; la copertura è estesa alle persone di cui sia stato autorizzato il trasporto.
La garanzia deve intendersi estesa per la forzata sosta e la ripresa della marcia nonché per la salita e la discesa sui/dai veicoli.
- Categoria c) Infortuni subiti dagli alunni di Nidi o Scuole d'infanzia Comunali e relative succursali derivanti da:
tutte le attività inter/extra/pre e parascolastiche organizzate dalla scuola e/o dai centri di formazione professionale, sia all'interno che all'esterno delle strutture (a titolo esemplificativo e non limitativo gite ricreative ed educative, attività ginniche, corsi di nuoto ecc.), in qualunque orario ed in qualunque giorno, compresi i festivi, per tutta la loro durata anche se eccedesse rispetto a quella dichiarata nel programma, sempreché siano autorizzate dal Consiglio di Circolo e/o dal Direttore.

Devono intendersi compresi gli infortuni subiti durante il tragitto, anche con uso di veicoli, da casa a scuola o al luogo dell'attività scolastica autorizzata e viceversa, compreso l'eventuale tragitto per il trasferimento del personale che svolga servizio presso più scuole e/o sedi.
- Categoria d) Infortuni subiti dagli amministratori - Assessori/Consiglieri/Presidenti di Circoscrizione/Consiglieri di circoscrizione - durante lo svolgimento delle funzioni inerenti la loro specifica carica dichiarata, compresi trasferimenti e missioni per l'espletamento delle funzioni predette, effettuate con qualsiasi mezzo di locomozione.
- Categoria e) Infortuni subiti dai partecipanti alle manifestazioni ricreativo/culturali/sportive organizzate dal Comune di Reggio Emilia.
- Categoria f) Infortuni subiti dai disabili all'interno del Centro di Assistenza .
Devono intendersi compresi gli infortuni subiti durante il tragitto dall'abitazione al luogo di attività e viceversa, con normali mezzi di locomozione, nonché gli infortuni subiti durante le attività di socializzazione e di tempo libero organizzate a loro favore, anche al di fuori della sede del centro di assistenza.

Per la presente categoria si ritiene abrogato quanto previsto all'art. 21 – Persone non assicurabili.

- Categoria g) Infortuni subiti dai minori in affido 24 ore su 24.
La copertura è estesa anche ai minori in affido temporaneo e ai minori affidati a servizi di baby sitting effettuati a cura di personale del Comune.
- Categoria h) Infortuni subiti dagli assistenti sociali durante l'attività istituzionale.
- Categoria i) Infortuni subiti dai portavalori, dipendenti o non dipendenti del Contraente, nello svolgimento delle attività correlate alla funzione di portavalori, attività che possono essere effettuate a piedi o con qualsiasi mezzo di locomozione, pubblico o privato. La garanzia comprende anche il rischio in itinere.

Limitatamente alle categorie a) e b), la presente polizza è rivolta alla copertura di lesioni o decesso del conducente addetto alla guida e delle persone di cui sia stato autorizzato il trasporto per i rischi non compresi nell'assicurazione obbligatoria di terzi (Titolo X del D.Lgs. 209/2005).

Poiché la presente assicurazione è stipulata dalla Contraente anche nel proprio interesse e secondo quanto disposto dai relativi Contratti Collettivi Nazionali gli importi liquidati in base alla presente polizza saranno detratti dalle somme eventualmente spettanti a titolo di equo indennizzo per lo stesso evento.

Art. 3 - Franchigia per Invalidità Permanente

La somma assicurata per Invalidità Permanente è soggetta alle seguenti franchigie assolute:

* **per le categorie a-b:** nessuna franchigia

* **per le categorie c-d-e-f-g-h-i:**

- 1) nessuna franchigia sino alla somma di € 50.000,00
- 2) 3% sulla somma eccedente € 50.000,00 e fino ad € 200.000,00;
- 2) 5% sulla somma eccedente € 200.000,00.

Pertanto sulla somma assicurata:

- eccedente la somma di € 50.000,00 e fino ad € 200.000,00 la Società non liquida alcuna indennità se l'invalidità permanente è di grado non superiore al 3% del totale;

- eccedente € 200.000,00 la Società non liquida alcuna indennità se l'invalidità permanente è di grado non superiore al 5% del totale; in caso contrario la Società liquida l'indennità solo per la parte eccedente il 5%.

Nel caso in cui l'invalidità permanente sia di grado superiore al 20% della totale, la Società liquida l'indennità senza deduzione di alcuna franchigia.

Art. 4 – Parametri e calcolo del premio

- Categoria a) numero **140** veicoli
numero **95** biciclette
Premio annuo lordo €.....x ogni veicolo/bicicletta

Premio complessivo categoria a) €

- Categoria b) numero **Km 18.500**
 Premio €..... per km
 premio "flat" € relativo a *biciclette con o senza pedalata assistita*
 (*non previsti dato preventivo e regolazione premio come disciplinato nel corrispondente articolo di polizza*)
- Premio complessivo categoria b) €**
- Categoria c) numero **2.400** alunni Nidi e Scuole d'infanzia
 Premio annuo lordo pro-capite €.....
- Premio complessivo categoria c) €**
- Categoria d) numero **42** amministratori (Assessori/Consiglieri/Presidenti di
 Circoscrizione/Consiglieri di circoscrizione)
 Premio annuo lordo pro-capite €.....
- Premio complessivo categoria d) €**
- Categoria e) numero **1.400** giornate/presenza di partecipanti a manifestazioni
 organizzate dal Comune
 €..... per giornata/presenza
- Premio complessivo categoria e) €**
- Categoria f) numero **500** disabili
 Premio lordo pro-capite €.....
- Premio complessivo categoria f) €**
- Categoria g) numero **200** minori in affido
 Premio lordo pro-capite €.....
- numero **0** minori in affido temporaneo
 Premio lordo pro-capite €.....
- numero **0** minori affidati a servizi di baby sitting
 Premio lordo pro-capite €.....
- Premio complessivo categoria g) €**
- Categoria h) numero **50** assistenti sociali
 Premio annuo lordo pro-capite €.....
- Premio complessivo categoria h) €**
- Categoria i) numero **1** portavalori
 Premio annuo lordo pro-capite €.....
- Premio complessivo categoria i) €**
- Premio totale annuo di polizza €**

Art. 5 – Regolazione del premio

Il premio convenuto anticipato in via provvisoria è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minor durata del contratto, secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo

negli elementi presi come base per il conteggio del premio, fermo il premio minimo (da intendersi pari al 75% del premio di polizza).

A tale scopo, entro 120 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o della minor durata del contratto, il Contraente deve fornire per iscritto alla Società i dati consuntivi necessari per il conguaglio e cioè:

- per la categoria a) il numero effettivo di veicoli;
- per la categoria b) il numero dei Km. effettivi annui percorsi.
La Contraente è esonerata dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità dei mezzi e dei loro proprietari, ma sarà tenuta ad esibire in qualsiasi momento gli atti dai quali è possibile desumere data luogo della trasferta, generalità del conducente, targa veicolo, numero Km. Percorsi.
Limitatamente alle biciclette, con o senza pedalata assistita, non andrà comunicato alcun dato consuntivo e conseguentemente, ferma l'operatività della copertura, non verrà effettuata regolazione premio.
- per la categoria c) il numero effettivo degli alunni;
- per la categoria d) il numero effettivo degli amministratori;
- per la categoria e) il numero effettivo delle giornate/presenza effettuate dai partecipanti alle manifestazioni organizzate dal Comune;
- per la categoria f) il numero effettivo di disabili;
- per la categoria g) il numero effettivo di minori in affidamento;
- per la categoria h) il numero effettivo di assistenti sociali;
- per la categoria i) il numero effettivo di portavalori.

Per le categorie a) - c) - d) - f) - g) - h) - i) il Contraente è esonerato dall'obbligo della comunicazione delle inclusioni/esclusioni intervenute in corso d'anno; gli assicurati si intendono pertanto automaticamente compresi e/o esclusi.

A tale proposito, relativamente alla data di inclusione e/o esclusione, fanno fede i documenti ufficiali che il Comune si impegna ad esibire in qualsiasi momento.

Delle variazioni riguardanti le suddette categorie si terrà conto in sede di regolazione premio, conteggiando il 50% dei premi derivanti dalla differenza fra premi anticipati e premi consuntivi.

Limitatamente alla categoria a), contestualmente alla regolazione premio, si provvederà **all'aggiornamento del premio di quietanza.**

Le differenze, attive e passive, risultanti dalla regolazione, devono essere pagate nei 90 giorni dalla presentazione al Contraente della relativa appendice di regolazione formalmente ritenuta corretta.

In caso di ritardata comunicazione dei dati di regolazione o di ritardato pagamento del premio di conguaglio, gli eventuali sinistri potranno essere indennizzati nella stessa proporzione esistente tra il premio versato a deposito e l'intero premio dovuto (deposito più conguaglio).

SEZIONE 4 – ESCLUSIONI

Art. 1 - Rischi esclusi

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti:

- a) dalla guida di veicoli e natanti a motore, se l'assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- b) dall' uso, anche come passeggero, di aeromobili (compresi deltaplani ed ultra leggeri), salvo quanto disposto dall' art. 7 della sezione 5;
- c) dalla pratica del paracadutismo, del parapendio e degli sport aerei in genere;
- d) da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- e) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- f) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- g) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).

Sono inoltre esclusi gli infarti.

SEZIONE 5 – CONDIZIONI DI GARANZIA

Art. 1 – Estensioni dell'assicurazione

Si precisa che sono considerati infortuni anche:

- l'affissia causata da fuga di gas o di vapore;
- soffocamento da ingestione di solidi e/o liquidi;
- gli avvelenamenti o intossicazioni acuti da ingestione di cibo o altre sostanze;
- intossicazioni anche aventi origine traumatica;
- le affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi, escluse per queste ultime quelle di cui gli insetti siano portatori necessari, le punture vegetali, nonché le infezioni tutte conseguenti ad eventi risarcibili a termini di polizza;
- le ustioni in genere, nonché il contatto con corrosivi caustici;
- l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento;
- la folgorazione e scariche elettriche in genere;
- colpi di sole o di calore o di freddo;
- le lesioni determinate da sforzi, esclusi gli infarti e le ernie.

L' ASSICURAZIONE VALE ANCHE PER:

- gli infortuni sofferti in stato di malore o incoscienza o conseguenti a vertigini;
- gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- gli infortuni derivanti da influenze termiche ed atmosferiche;
- gli infortuni conseguenti a colpi di sonno.

Art. 2 - Morte

L' indennizzo per il caso di morte è dovuto se la morte stessa si verifica - anche se successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno dell' infortunio.

Tale indennizzo viene liquidato ai beneficiari designati o, in difetto di designazione , agli eredi dell' assicurato in parti uguali.

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente, ma se entro 2 anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, gli eredi dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso, mentre i beneficiari hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per morte - se superiore - e quello già pagato per invalidità permanente.

Art. 3 - Invalidità permanente

L'indennizzo per il caso di invalidità permanente è dovuto se l'invalidità stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno dell'infortunio.

L'indennizzo per invalidità permanente parziale è calcolato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, in proporzione al grado d'invalidità accertata secondo i criteri e le percentuali indicate nella tabella di cui all'allegato 1 del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 e successive modifiche intervenute fino alla data di stipulazione del contratto, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge.

Nei confronti delle persone affette da mancinismo, le percentuali di invalidità previste per l'arto superiore destro e la mano destra, varranno per l'arto superiore sinistro e la mano sinistra e viceversa.

Se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita totale, le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella di cui sopra, l'indennizzo è stabilito in riferimento alle percentuali dei casi indicati, tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

La perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale d'invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna lesione, con il massimo del 100%.

Art. 4 - Inabilità temporanea

L'indennizzo per inabilità temporanea è dovuto:

- a) integralmente, per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle sue occupazioni;
- b) b) al 50% per ogni giorno in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle sue occupazioni.

L'indennizzo per inabilità temporanea viene corrisposto per un periodo massimo di 365 giorni.

L'indennizzo per inabilità temporanea è cumulabile con quelli dovuti per morte, invalidità permanente e diaria da ricovero.

Art. 5 - Diaria da ricovero

Se in conseguenza ad infortunio indennizzabile a termini di polizza l'assicurato viene ricoverato in Istituto di cura legalmente riconosciuto, la Società corrisponde l'indennità giornaliera assicurata, pattuita per ogni giorno di ricovero, per un periodo massimo di 300 gg..

La diaria viene liquidata dietro presentazione di copia della cartella clinica completa di dichiarazione dell'Istituto di cura attestante la durata del ricovero.

L'indennizzo per diaria da ricovero è cumulabile con quelli dovuti per morte, invalidità permanente e inabilità temporanea.

Art. 6 – Rimborso spese mediche a seguito infortunio

Per ogni infortunio la Società garantisce il rimborso delle spese, se assicurate, per:

- onorari dei medici e dei chirurghi o dell'équipe operatoria;
- uso della sala operatoria, materiale d'intervento, medicinali, apparecchi terapeutici, protesici ed endoprotetici applicati durante l'intervento;
- spese di ricovero, rette di degenza;
- esami, esami di laboratorio, accertamenti diagnostici;
- applicazione di apparecchi gessati, bendaggi e docce di immobilizzazione, artroscopia diagnostica ed operativa;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi, bagni, forni ed altre cure mediche, anche termali, occorrenti;
- trasporto dell'assicurato in ospedale o in clinica ed il ritorno a casa effettuato con ambulanza e/o mezzi speciali di soccorso;
- prestazioni medico-infermieristiche, medicinali, sangue, plasma, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari incluse le carrozzelle ortopediche.

Sono altresì comprese le spese per cure, interventi chirurgici ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre o eliminare le conseguenze di danni estetici provocati da infortunio sino alla concorrenza di € 10.000,00 per sinistro.

Qualora l'assicurato venga ritenuto non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera del luogo ove è avvenuto l'infortunio, la Società rimborsa altresì le spese di trasferimento con ambulanza, eliambulanza o aereo in un centro ospedaliero attrezzato.

La Società effettua il rimborso previa presentazione dei documenti giustificativi di spesa in originale. Il pagamento viene effettuato a cura ultimata.

La presente garanzia vale fino a concorrenza della somma indicata.

Limitatamente alla categoria c)

Sono comprese, fino alla concorrenza di € 360,00, le spese relative all'acquisto di lenti, comprese quelle a contatto, ed all'acquisto della montatura fino alla concorrenza di € 150,00.

Sono inoltre compresi i rimborsi relativi agli scambi di classi con Paesi stranieri e altresì a viaggi-soggiorno all'estero:

- fino ad € 775,00 per
 - ✓ spese mediche e ospedaliere rese necessarie da malattia che colpisca l'Assicurato mentre si trova all'estero;
 - ✓ spese per il rientro anticipato o posticipato, conseguente a malattia o infortunio;
 - ✓ spese per rientro anticipato dovuto a decesso di un familiare;
 - ✓ spese per viaggio di un familiare, reso necessario a seguito ricovero del partecipante alla gita, che richieda assistenza.

Art. 7 - Rischio volo

L'assicurazione vale per gli 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/Azienda di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;
- da aeroclubs.

La somma delle garanzie di cui alla presente polizza e di eventuali altre polizze stipulate dall'Assicurato o da altri in suo favore per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni, non potrà superare i seguenti importi:

per persona:

- € 1.500.000,00 per il caso di Morte
- € 1.500.000,00 per il caso di Invalidità Permanente
- € 260,00 per il caso di Inabilità Temporanea

per aeromobile:

- € 5.165.000,00 per il caso di Morte
- € 5.165.000,00 per il caso di invalidità Permanente
- € 5.165,00 per il caso di Inabilità Temporanea

Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedessero gli importi sopra indicati, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno adeguate con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contatti.

Agli effetti della garanzia, il viaggio aereo si intende cominciato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso.

La garanzia di cui al presente articolo non è valida nel caso di polizza con durata inferiore ad un anno.

Art. 8 – Ernie traumatiche e da sforzo – ernie addominali

L'assicurazione è estesa, limitatamente ai casi di Invalidità Permanente e di Inabilità Temporanea, quest'ultima sempre che sia prevista dal contratto, alle ernie addominali da sforzo e traumatiche, con l'intesa che:

- qualora sia operabile, viene corrisposta solamente l'indennità per il caso di Inabilità Temporanea fino ad un massimo di 30 giorni;
- qualora l'ernia, anche bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, viene corrisposta solamente un'indennità non maggiore del 10% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente totale;
- qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio medico di cui alle Condizioni Generali di Assicurazione.

Art. 9 – Eventi sociopolitici

L'assicurazione vale anche per gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismo, attentati, atti violenti che abbiano movente politico, economico, sociale e sindacale, purché l'Assicurato provi di non aver preso parte attiva.

Art. 10 – Calamità naturali

Sono compresi gli infortuni derivanti da calamità naturali e dalle forze della natura quali terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni, straripamenti, mareggiate, frane, grandine e neve.

Resta però convenuto che in caso di evento:

- che colpisca più assicurati con la stessa Società l'esborso massimo di quest'ultima non potrà superare il 10% dei premi del ramo infortuni, rilevati nel bilancio dell'esercizio precedente l'evento, con il minimo di € 1.033.000,00.

Qualora i capitali complessivamente assicurati eccedano il limite sopraindicato, gli indennizzi spettanti a ciascun assicurato saranno ridotti in proporzione.

Art. 11 – Rischio guerra (per categoria d)

L'assicurazione vale anche per gli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) o insurrezioni per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero in un paese sino ad allora in pace.

Art. 12 – Rimpatrio salma (per le categorie c) d)

L'assicurazione comprende per ogni infortunio indennizzabile a termini di polizza avvenuto all'estero che provochi il decesso dell'Assicurato, il rimborso delle spese sostenute per il rimpatrio della salma dell'Assicurato stesso, fino al luogo della sepoltura in Italia.

La garanzia è prestata fino alla concorrenza della somma di € 1.032,91.

Art. 13 – Rientro sanitario (per le categorie c) d)

Qualora le condizioni dell'Assicurato a seguito di infortunio rendano necessario il suo trasporto in ospedale in Italia o alla sua residenza, la Società provvede al riguardo col mezzo di trasporto ritenuto più idoneo alle condizioni del paziente (aereo sanitario, aereo di linea di classe economica eventualmente in barella, il treno di prima classe e, occorrendo, il vagone letto).

Sono altresì comprese l'assistenza medica o infermieristica durante il viaggio se necessarie.

La garanzia è prestata fino alla concorrenza di € 2.582,28.

Art. 14 – Malattie tropicali (per la categoria d)

L'assicurazione si intende estesa alle malattie tropicali previste dalle disposizioni di legge in materia.

La garanzia viene prestata fino alla concorrenza delle somme stabilite per le garanzie infortuni e con un massimo di € 258.300,00 - Morte e di € 258.300,00 - Invalidità permanente.

La somma assicurata per invalidità permanente è soggetta ad una franchigia relativa del 20%.

Pertanto non si farà luogo ad indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado non superiore al 20% della totale.

Se invece l'invalidità permanente supera il 20% della totale verrà corrisposto l'indennizzo in rapporto al grado di invalidità permanente residuo.

Il Contraente dichiara che gli assicurati si trovano in perfette condizioni di salute e che sono stati sottoposti alle prescritte pratiche di profilassi.

Art. 15 – Rischio itinere (per le categorie c)- d) - g) - i)

L'assicurazione vale anche durante il percorso degli assicurati dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa.

Art. 16 – Morte presunta

Nel caso di presentazione di istanza per la dichiarazione di Morte presunta ai sensi degli art. 60 e 62 C.C., la Società liquida agli aventi diritto la somma assicurata per il caso di Morte, a condizione che:

a) siano trascorsi 180 giorni dalla data in cui risale l'ultima notizia dell'Assicurato;

b) possa ragionevolmente desumersi che la Morte è avvenuta per un evento indennizzabile ai sensi di polizza.

Se successivamente l'Assicurato ritorna o ne è provata l'esistenza, la Società può agire anche nei suoi confronti per il recupero di quanto pagato e degli interessi, l'Assicurato potrà tuttavia far valere i propri diritti per l'Invalidità Permanente eventualmente subita.

Art. 17 - Diabete

L'assicurazione vale anche per le persone affette da diabete a condizione che l'infortunio non sia conseguenza diretta del diabete ed ogni complicazione riferibile al diabete esclusa.

In caso di infortunio la Società corrisponde l'indennizzo ai sensi dell'art. 3 della sezione 6.

Art. 18 - Ubriachezza

L'assicurazione vale anche per gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza, esclusi comunque quelli conseguenti ad ubriachezza alla guida di autoveicoli.

Art. 19 – Colpa grave

L'assicurazione vale anche per gli infortuni derivanti da colpa grave dell'assicurato fatta eccezione per dipendenti ed amministratori per i quali la garanzia non opera nel caso in cui gli infortuni siano derivanti da dolo o colpa grave degli stessi, accertati con sentenza passata in giudicato.

Art. 20 - Limite di età

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore a 80 anni.

Tuttavia, per le persone che raggiungono tale età in corso di contratto, 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 all'Assicurato.

Art. 21 - Persone non assicurabili

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

Di conseguenza l'assicurazione cessa al manifestarsi di tali affezioni.

Art. 22 - Estensioni territoriali

L'assicurazione vale in tutto il mondo. L'inabilità temporanea, al di fuori dell'Europa o degli Stati extraeuropei del Mediterraneo, è indennizzabile limitatamente al periodo di ricovero ospedaliero; tale limitazione cessa dalle ore 24 del giorno di rientro in Europa o negli Stati sopra menzionati.

Art. 23 – Esonero dall'obbligo di denuncia di infermità, mutilazioni o difetti fisici

La Contraente è esonerata dalla denuncia di infermità, difetti fisici o mutilazioni di cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire.

In caso di infortunio, resta comunque espressamente confermato il disposto dell'art. 3 della sezione 6.

Art. 24 – Esonero denuncia generalità degli assicurati

La Contraente è esonerata dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per l'identificazione di tali persone si farà riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione della Contraente, che la Società ha il diritto di verificare e controllare in qualsiasi momento, insieme ad ogni altro documento probatorio.

Art. 25 - 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 loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 C.C.

SEZIONE 6 – GESTIONE DEI SINISTRI

Art. 1 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro

Il Contraente deve trasmettere la denuncia all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza, oppure alla Società, entro 30 giorni da quando ne ha avuto conoscenza (art. 1913 C.C.).

L' inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (art. 1915 C.C.).

La denuncia dell'infortunio indicherà luogo, giorno, ora e causa dell'evento e sarà corredata da certificato medico.

Il decorso delle lesioni dovrà essere documentato da ulteriori certificati medici.

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

L'Assicurato, o in caso di morte, il beneficiario, deve consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari.

Per la sola categoria c) Alunni Nidi e Scuole d'infanzia, in deroga al disposto previsto dal presente articolo, il Contraente si impegna a denunciare alla Società tutti i sinistri, mentre la Società non procederà all'apertura del sinistro se non dopo la segnalazione del genitore/tutore o dell'avente diritto, salvo i casi di sinistro mortale e/o grave.

Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato e questa sopravvenga durante il periodo di cura, dovrà essere dato immediatamente avviso alla Società a mezzo telefax, telegramma o altro strumento informatico/elettronico.

Art. 2 – Pagamento dell'indennizzo

Completata la necessaria documentazione e svolti gli accertamenti del caso, la Società calcola l'indennizzo dovuto, ne dà comunicazione agli aventi diritto e, ricevuta la loro accettazione, provvede al pagamento entro 30 giorni.

Art. 3 - Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell' infortunio. Se, al momento dell'infortunio, l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui all' art. 3 della sezione 5 sono diminuite tenendo conto del degrado di invalidità preesistente.

Art. 4 - Modalità di valutazione del danno - Controversie

Le divergenze sul grado di invalidità permanente o sul grado o durata dell'inabilità temporanea o sulla liquidabilità della diaria, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dall'art. 3 sono demandate per iscritto ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

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

E' data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

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

Art. 5 - Diritto di surrogazione

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 C.C. verso i Terzi responsabili dell'infortunio.

Art. 6 - Beneficiario

L' Assicurato o gli eredi, con intervento in quietanza del Comune.

Art. 7 – Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio

Pena l'applicazione della penale di cui all'ultimo comma del presente articolo, la Società:

1. entro 60 giorni dal termine di ciascuna annualità assicurativa,
2. entro 180 giorni antecedenti la scadenza finale del contratto,
3. nonché, in ogni caso di risoluzione anticipata del contratto, contestualmente all'esercizio del recesso,
4. oltre la scadenza contrattuale, al 31.12 di ogni anno e fino alla completa definizione di tutti i sinistri compresi i riservati

si impegna a fornire al Contraente, in formato elettronico Microsoft Excel[®] o altro supporto informatico equivalente purchè editabile, il dettaglio dei sinistri, aggiornato a non oltre i 60 giorni precedenti, così articolato:

sinistri denunciati con indicazione del numero di sinistro attribuito dalla Società, data di accadimento dell'evento, data di denuncia, descrizione dell'evento, nonché lo stato del sinistro come di seguito elencato:

- a) sinistri riservati con indicazione dell'importo a riserva;
- b) sinistri pagati parzialmente con indicazione dell'importo già liquidato e la data di pagamento;
- c) sinistri liquidati con indicazione dell'importo liquidato e la data di pagamento;
- d) sinistri senza seguito;
- e) sinistri respinti.

La Società espressamente riconosce che le previsioni tutte contenute nella presente clausola contrattuale:

- la impegnano a redigere il documento di cui sopra secondo un'accurata ed aggiornata informativa;
- rappresentano un insieme di obbligazioni considerate essenziali per la stipulazione ed esecuzione del presente contratto assicurativo, in quanto necessarie a rendere tempestivamente ed efficacemente edotto il Contraente circa gli elementi costitutivi e qualificanti del rapporto contrattuale con la Società.

Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al Contraente di chiedere ed ottenere, con il consenso della Società, un aggiornamento in date diverse da quelle indicate.

In caso di inadempimento da parte della Società, il Contraente provvederà a formalizzare contestazione scritta a mezzo di raccomandata con ricevuta di ritorno assegnando alla Società non oltre 10 giorni naturali e consecutivi per adempiere ovvero per produrre controdeduzioni. Laddove la Società persista nell'inadempimento e ove le controdeduzioni non fossero pervenute entro il termine prescritto o non fossero ritenute idonee, verrà applicata una penale nella misura di € 25,00 a valere sull'ammontare della cauzione definitiva per ogni giorno di ritardo nell'inadempimento rispetto ai termini indicati dal Contraente e per l'esecuzione delle prestazioni contrattuali.