

CAPITOLATO TECNICO

INFORTUNI CUMULATIVA

La presente Polizza è stipulate tra

	COMUNE DI SANT'ANTIOCO
	Corso Vittorio Emanuele, 115
	09017 SANT'ANTIOCO (CAGLIARI)
	C.F. 81002570927

e

Società Assicuratrice

Agenzia di

Durata del contratto

Dalle ore 24 del: 30/09/2023

Alle ore 24 del: 30/09/2026

SEZIONE 1 DEFINIZIONI - RISCHI ASSICURATI ED IDENTIFICAZIONE DEGLI ASSICURATI

Art. 1 - Definizioni

Assicurazione :	il contratto di assicurazione
Polizza :	il documento che prova l'assicurazione;
Contraente :	il soggetto che stipula l'assicurazione riportato nel frontespizio della presente polizza.
Assicurato :	la persona fisica il cui interesse è protetto dalla Assicurazione
Beneficiario :	in caso di morte gli eredi legittimi o testamentari, in tutti gli altri casi l'assicurato stesso.
Società :	l'impresa assicuratrice nonché le coassicuratrici;
Broker :	la GBA S.r.l quale broker incaricato dal Contraente della gestione ed esecuzione del contratto, riconosciuto dalla Società.
Premio :	la somma dovuta dal Contraente alla Società.
Rischio :	la probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.
Sinistro :	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
Indennizzo :	la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Franchigia :	la parte di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.
Scoperto:	la parte percentuale di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.
Annualità assicurativa o periodo assicurativo :	il periodo pari o inferiore a 12 mesi compreso tra la data di effetto e la data di scadenza o di cessazione dell'assicurazione.
Infortunio :	ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte e/o una invalidità.
Invalidità permanente :	la diminuita capacità o la perdita definitiva ed irrimediabile della capacità generica ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato.
Istituto di cura	l'ospedale pubblico, la clinica, la casa di cura sia accreditati presso il Servizio Sanitario Nazionali che privati, legalmente riconosciuti e regolarmente autorizzati al ricovero dei malati, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno
Ricovero	la degenza in Istituto di cura che comporti almeno un pernottamento
Massimale per sinistro	la massima esposizione della Società per sinistro.
Mezzi di trasporto/Veicoli	autoveicoli, ciclomotori, motoveicoli, macchine agricole, macchine operatrici, natanti, compresi autoveicoli per trasporti specifici, autoveicoli per uso speciale e veicoli elettrici.

Art 2 - Rischi Assicurati - Identificazione degli Assicurati - La presente polizza viene stipulata per tutte le categorie di seguito indicate ed identificate alla Sezione 6 della presente polizza, per le quali il Contraente ha l'obbligo od interesse ad attivare la copertura assicurativa e vale esclusivamente:

1. Relativamente agli Amministratori, Consiglieri e Segretario Comunale, nell'espletamento delle loro funzioni istituzionali e ogni altra attività connessa allo svolgimento del loro mandato
2. Relativamente al Personale Dipendente in servizio, limitatamente agli infortuni subiti quali "conducenti" dei veicoli come indicato alla successiva Sezione 6.
3. Relativamente ai partecipanti alle Attività Socio-Culturali promosse dal Comune

La copertura prestata ed i capitali assicurati per ciascun appartenente alle categorie sopraindicata sono specificati all'art. 1) della successiva Sezione 6.

Il Contraente è esonerato dal dichiarare i dati anagrafici degli assicurati e dei veicoli utilizzati per trasferte/servizio: per la loro identificazione e per il computo del premio si farà riferimento agli atti/registri depositati presso il Contraente.

L'assicurazione copre automaticamente tutti gli Assicurati senza alcuna notifica preventiva dei rischi, purché il Contraente dia comunicazione alla Società al termine di ogni annualità assicurativa, nei termini previsti dalla presente polizza, del numero effettivo degli Assicurati e degli altri elementi variabili riportati nella Sezione 6 della presente polizza.

Il Contraente resta altresì esonerato dall'obbligo di notificare alla Società le malattie, le infermità, le mutilazioni ed i difetti fisici da cui fossero affette le persone assicurate all'atto della stipula del presente contratto o che dovessero in seguito sopravvenire..

La copertura assicurativa è estesa agli infortuni subiti dalle persone di cui sia stato autorizzato il trasporto per i rischi non compresi nell'assicurazione obbligatoria di terzi.

La presente polizza si intende operante per infortuni occorsi nel mondo intero. Gli eventuali indennizzi verranno liquidati in Italia in Euro.

SEZIONE 2 NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio - Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli artt. 1892 -1893 -1894 C.C. .

Il Contraente deve comunicare alla Società ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 C.C. .

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

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

Il Contraente è esentato da qualsiasi obbligo di dichiarare i sinistri che avessero colpito polizze da loro sottoscritte a copertura dei medesimi rischi precedentemente la stipulazione della presente polizza di assicurazione.

Art. 2 - Assicurazione presso diversi Assicuratori - Si conviene tra le Parti che qualora si rivelasse che per gli stessi Assicurati esistono o venissero in seguito stipulate altre polizze direttamente dal Contraente o da terzi che ne abbiano avuto interesse, gli eventuali infortuni denunciati dall'Assicurato a valere sulla presente polizza saranno liquidati ed indennizzati dalla Società direttamente all'Assicurato medesimo, a prescindere dall'esistenza di altri contratti assicurativi, fermo per la Società ogni altro diritto derivante a norma di legge (art 1910 C.C.).

Si esonera il Contraente dal dare preventiva comunicazione alla Società di eventuali polizze già esistenti e/o

quelle che verranno in seguito stipulate sugli stessi rischi oggetto del presente contratto; l'Assicurato ha l'obbligo di farlo in caso di sinistro, se ne è a conoscenza.

Art 3 - Decorrenza dell'assicurazione - Pagamento del premio - L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza, sempreché il pagamento della prima rata di premio avvenga, in deroga all'Art. 1901 Codice Civile, entro 60 (sessanta) giorni; in caso di pagamento del premio successivo al 60° (sessantesimo) giorno, l'effetto dell'assicurazione decorrerà dalle ore 24.00 del giorno di pagamento del premio. Il premio viene corrisposto in **rate annuali di pari importo**.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 60° (sessantesimo) giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del CC. Il termine di rispetto per il pagamento di premi relativi ad eventuali appendici emesse sulla presente polizza si intende fissato in 60 giorni dalla data di ricezione da parte della Contraente del relativo documento regolarmente emesso dalla Società.

Art 4 - Durata e proroga dell'assicurazione - Il presente contratto ha effetto dalle ore 24.00 del **30.09.2023** e scadenza alle ore 24.00 del **30.09.2026** e cesserà automaticamente alla scadenza senza obbligo di disdetta da ambo le parti. Il premio viene corrisposto in rate annuali. La Società si impegna, su richiesta del Contraente, a concedere la proroga della presente assicurazione, fino al completo espletamento delle procedure di aggiudicazione della nuova assicurazione, alle medesime condizioni contrattuali ed economiche in vigore e per un periodo massimo di **180 giorni**; il relativo rateo di premio dovrà essere anticipato in via provvisoria in misura pari a **6/12** del premio dell'assicurazione e costituirà premio minimo comunque dovuto alla Società. Per l'eventuale conguaglio, ai sensi della presente clausola, si intende richiamato l'art 5 "Regolazione del premio" che segue. Per il pagamento dei premi dovuti ai sensi del presente articolo vale il termine di rispetto contrattualmente previsto per il pagamento delle rate successive.

L'Amministrazione, a seguito di intervenuta disponibilità di convenzioni Consip o accordi quadro resi disponibili da centrali di committenza (art. 1, comma 13, DL 95/2012 convertito in Legge 135/2012 e ss.mm. e ii.), si riserva di recedere dal contratto qualora accerti condizioni più vantaggiose rispetto a quelle praticate dall'affidatario, nel caso in cui la Società non sia disposta ad una revisione del prezzo in conformità a dette iniziative. Il recesso diverrà operativo previo invio di apposita comunicazione, e fissando un preavviso non inferiore ai 15 giorni. In caso di recesso verranno pagate al fornitore le prestazioni già eseguite ed il 10% di quelle non ancora eseguite.

Art. 5 - Regolazione del premio - Il premio viene anticipato dal Contraente per ogni periodo assicurativo in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minor durata del contratto, secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio. A tale scopo entro 90 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 necessari, indicati alla successiva Sezione 6, affinché la Società stessa possa procedere alla regolazione del premio definitivo. Le differenze attive e passive, risultanti dalla regolazione, devono essere pagate nei sessanta giorni dalla relativa comunicazione da parte della Società.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti od il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società può fissargli un ulteriore termine non inferiore a trenta giorni, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo annuo per il quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva e la garanzia resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui l'Assicurato abbia adempiuto i suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio la Società deve fissargli lo stesso termine di 60 giorni trascorso il quale, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, liquiderà gli eventuali sinistri relativi all'annualità da regolare, nella stessa proporzione esistente tra il premio versato in via anticipata e l'intero premio dovuto (anticipo più conguaglio).

La Società ha il diritto di effettuare verifiche e controlli per i quali l'Assicurato è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessari.

Art. 6 - Modifiche dell'assicurazione - Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art. 7 - Forma delle comunicazioni - Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente è tenuto devono essere fatte con lettera raccomandata anche a mano od altro mezzo (telefax, e-mail o simili) indirizzata alla Società oppure al Broker al quale il Contraente ha conferito incarico per la gestione della polizza.

Art. 8 - Oneri Fiscali - Sono a carico del Contraente le imposte e gli altri oneri presenti e futuri stabiliti per

legge in conseguenza del contratto.

Art. 9 - Interpretazione del contratto - Si conviene fra le Parti che verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole all'Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di polizza.

Art. 10 - Foro competente - Per la soluzione di ogni controversia dipendente dal presente contratto, le Parti eleggono come foro competente quello dell'Autorità Giudiziaria dove ha sede l'Assicurato e/o Contraente.

Art. 11 – Assicurazione per conto altrui - Poiché la presente assicurazione è stipulata dal Contraente in nome proprio e nell'interesse di chi spetta, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere disposti che dall'Assicurato, come disposto dall'art. 1891 C.C.

Art. 12 – Recesso in caso di sinistro - **Dopo** ogni sinistro e fino al trentesimo giorno dalla definizione dei rapporti tra le Parti, la Società ed il Contraente hanno facoltà di recedere dal contratto con preavviso di 60 (sessanta) giorni da darsi con lettera raccomandata. In ambedue i casi di recesso la Società rimborserà al Contraente i ratei di premio pagati al netto delle imposte pagati e non goduti, escluse le imposte.

Art. 13 - Coassicurazione e delega – Valida in caso di coassicurazione ai sensi dell' art. 1911 C.C. Qualora l'Assicurazione fosse divisa per quote fra diverse Società Coassicuratrici, in caso di sinistro le Società stesse concorreranno nel pagamento dell'indennizzo, liquidato a termini delle Condizioni di Assicurazione in proporzione della quota da esse assicurata, esclusa ogni responsabilità solidale. Il Contraente dichiara di avere affidato la gestione del presente contratto alla GBA S.r.l. e le Società hanno convenuto di affidare la delega alla Società Delegataria indicata in esso; di conseguenza tutti i rapporti inerenti la presente Assicurazione saranno svolti per conto del Contraente dalla GBA S.r.l. la quale tratterà con la Delegataria. In particolare, tutte le comunicazioni inerenti il Contratto, ivi comprese quelle relative al recesso o alla disdetta ed alla gestione dei sinistri, si intendono fatte o ricevute dalla Delegataria in nome e per conto di tutte le Società coassicuratrici. Le Società coassicuratrici riconoscono come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di gestione compiuti dalla Delegataria per conto comune fatta soltanto eccezione per l'incasso dei premi di polizza il cui pagamento verrà effettuato nei confronti di ciascuna Società. La sottoscritta Società Delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle Coassicuratrici indicate negli atti suddetti (polizza e appendici) a firmarli anche in loro nome e per loro conto. Pertanto la firma apposta dalla Direzione della Società Delegataria sui Documenti di Assicurazione, li rende ad ogni effetto validi anche per le quote delle Coassicuratrici. Il dettaglio dei capitali assicurati, dei premi accessori e imposte, spettanti a ciascuna Coassicuratrice, risulta dall'apposito prospetto.

Art. 14 - Clausola Broker Alla Società GBA Srl è affidata la gestione e l'esecuzione della presente assicurazione in qualità di Broker, ai sensi degli articoli 108 e seguenti del D.Lgs. 209/2005. Il Contraente e la Società si danno reciprocamente atto che ogni comunicazione inerente l'esecuzione della presente assicurazione avverrà anche per il tramite del Broker incaricato. Pertanto, agli effetti delle condizioni della presente polizza, la Società dà atto che ogni comunicazione fatta dal Contraente/Assicurato al Broker si intenderà come fatta alla Società stessa e viceversa, come pure ogni comunicazione fatta dal Broker alla Società si intenderà come fatta dal Contraente/Assicurato stesso, fermo restando che il Broker è tenuto ad inoltrare a ciascuna della Parti le comunicazioni ricevute; si precisa che qualora le comunicazioni del contraente comportassero una modifica contrattuale impegneranno gli Assicuratori solo dopo il consenso scritto. Nelle more degli adempimenti previsti dalla normativa vigente si precisa che, con riferimento all'art 118 del D.Lgs. 209/2005 ed all'art .55 del regolamento ISVAP n.05/2006 (ora IVASS), il Broker è autorizzato ad incassare i premi. La Società inoltre, riconosce che il pagamento dei premi possa essere fatto dal Contraente tramite il Broker sopra designato; resta intesa l'efficacia liberatoria anche a termine dell'art. 1901 Codice Civile del pagamento così effettuato. La remunerazione del broker è a carico della Società nella misura del 12% sul premio imponibile o secondo quanto stabilito nella "lettera di collaborazione" con la Compagnia aggiudicataria. Tale remunerazione sarà trattenuta all'atto del pagamento del premio, effettuato dallo stesso Broker alla Società.

Art 15 - Obbligo della Società di fornire i dati afferenti l'andamento del rischio La Società si obbliga a fornire al Contraente nel corso di ogni annualità assicurativa, con cadenza semestrale ed entro 30 giorni, il dettaglio dei sinistri così suddiviso:

- a) numero del sinistro della Società
- b) nominativo
- c) data di accadimento
- d) stato del sinistro ("in trattativa", "liquidato", "chiuso senza seguito")
- e) importo liquidato e relativa data della liquidazione f) importo riservato
- g) per i sinistri respinti, se richiesto, le motivazioni scritte

Il mancato rispetto da parte della Società del sopraindicato obbligo comporta inadempienza contrattuale. Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al Contraente di chiedere ed ottenere un aggiornamento con le modalità di cui sopra in date diverse da quelle indicate, anche successive alla scadenza contrattuale della Polizza.

SEZIONE 3 RISCHI COPERTI

Art. 1 - Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni subiti dagli Assicurati, identificati all'art. 2 della precedente Sezione 1, durante l'espletamento di qualsiasi incarico o mansione svolto per conto della Contraente.

Sono compresi in garanzia anche:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti o le intossicazioni conseguenti ad ingestione od assorbimento di sostanze;
- contatto con corrosivi;
- le affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi;
- l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento;
- la folgorazione;
- i colpi di sole o di calore o di freddo;
- le lesioni (esclusi gli infarti) determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico;
- gli infortuni derivanti da aggressioni in genere;
- gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismi, attentati, sequestri, rapine, azioni di dirottamento o di pirateria a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- gli infortuni derivanti da malore ed incoscienza;
- gli infortuni derivanti da imprudenza, imperizia e negligenza anche gravi;
- gli infortuni causati da forze della natura compresi terremoto, maremoto, eruzione vulcanica, alluvioni, inondazioni, frane, smottamenti, valanghe, slavine;
- gli infortuni causati da influenze termiche ed atmosferiche;
- ernie addominali da sforzo e strappi muscolari derivanti da sforzo;
- ernie traumatiche.

Art. 2 - Danni estetici

Si conviene che in caso di infortunio non escluso dalle Condizioni della presente polizza, che produca conseguenze di carattere estetico al viso, ma che non comporti indennizzo a titolo di invalidità permanente, la Società rimborserà comunque le spese documentate sostenute dall'Assicurato per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico, nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica, il tutto entro il limite di €. 5.000,00.= per evento.

Art. 3 - Diaria per ricovero

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

SEZIONE 4 ESCLUSIONI

Art. 1 — Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni occorsi:

1. in occasione di eventi direttamente connessi allo stato di guerra dichiarata o non dichiarata;
2. durante la guida e l'uso di mezzi di locomozione aerea e la guida di mezzi subacquei ;
 3. in conseguenza di dolo o di azioni delittuose dell'Assicurato;
4. sotto influenza di stupefacenti, psicofarmaci ed allucinogeni assunti volontariamente fatto salvo se dietro prescrizione medica;
 5. da stato di ubriachezza alla guida di veicoli o natanti a motore in genere;
6. in conseguenza diretta od indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
7. in occasione della partecipazione a gare e corse (e relative prove) calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo; dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove) che comportano l'uso o la guida di veicoli a motore e natanti, salvo che si tratti di regolarità pura, dalla pratica del paracadutismo, del pugilato e dell'alpinismo.

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

Non sono coperte dalla presente polizza :

1. fatto salvo patto speciale, le persone di età superiore a settantacinque anni. Tuttavia per persone che raggiungano tale età nel corso del contratto di assicurazione, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa al compimento di detto termine, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti, dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso verranno restituiti a richiesta del Contraente;
2. indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS); l'assicurazione cessa con il loro manifestarsi

SEZIONE 5 GESTIONE DEI SINISTRI

Art 1 - Denuncia del sinistro e relativi obblighi

La denuncia dell'infortunio dovrà contenere l'indicazione del luogo, del giorno e dell'ora dell'evento, nonché le cause che lo hanno determinato, dovrà essere corredata di certificato medico ed indirizzata al broker o alla Società, entro il 30° giorno dall'infortunio o dal momento in cui l'ufficio addetto alla gestione dei contratti assicurativi dell'Ente Contraente, l'Assicurato od i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità.

Avvenuto l'infortunio, l'Assicurato deve ricorrere alle cure di un medico e seguirne le prescrizioni.

Successivamente l'Assicurato deve inviare, periodicamente e sino a guarigione avvenuta, certificati medici sul decorso delle lesioni.

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

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

Art 2 - Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennità convenuta, in favore degli aventi diritto in caso di decesso, di invalidità permanente dell'Assicurato, per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio può avere esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili. Parimenti, nei casi di preesistente mutilazione o difetto fisico, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti.

a) MORTE

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno dell'infortunio, la Società liquida la somma assicurata per il

caso morte, indicata per ciascuna categoria nella scheda della Sezione 6.

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

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

b) MORTE PRESUNTA

La Società dichiara che se il corpo dell'Assicurato non venisse trovato entro un anno a seguito di arenamento, affondamento e naufragio del mezzo di trasporto aereo, lacustre, fluviale o marittimo, fermo restando quanto previsto dalle Condizioni di Assicurazione, verrà riconosciuto l'indennizzo previsto per il caso di morte, considerando l'evento di cui sopra come infortunio.

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

Quando sia stato effettuato il pagamento delle indennità ed in seguito l'Assicurato ritorni o si abbiano di lui notizie sicure, la Società ha diritto alla restituzione delle intere somme pagate e relative spese, e l'Assicurato stesso potrà fare valere i diritti che eventualmente gli sarebbero spettati nel caso avesse subito lesioni indennizzabili a norma della presente convenzione.

Le lesioni corporali causate dall'esposizione agli elementi della natura dovuti ad un atterraggio di fortuna, arenamento, affondamento o naufragio del mezzo di trasporto sopra richiamato, sono peraltro garantite dalla presente polizza.

c) INVALIDITÀ PERMANENTE

Se l'infortunio ha per conseguenza un'invalidità permanente e questa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - ma comunque entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquiderà a tale titolo una indennità, calcolata sulla somma assicurata per invalidità permanente assoluta indicata per ciascuna categoria nella scheda della Sezione 6. La valutazione del grado di Invalidità Permanente sarà effettuata facendo riferimento alla Tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria per gli infortuni e le malattie professionali approvato con D.P.R. del 30.06.1965 n.1124 e successive modifiche, con rinuncia da parte della Società all'applicazione delle franchigie relative previste dalla Legge, con l'intesa che le percentuali indicate nella Tabella anzidetta vengano riferite ai capitali assicurati per il caso di invalidità permanente totale.

La Società prende atto che se l'Assicurato risulta mancino il grado di invalidità per il lato destro sarà applicato al sinistro e viceversa.

Nel caso in cui l'Assicurato subisca un infortunio ad un arto superiore o ad una mano o ad un avambraccio e risultasse che questi erano gli unici perfettamente integri o tali che venissero usati come "destri" si dovrà tenere conto di ciò anche nella valutazione del grado di invalidità permanente.

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

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

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

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorati, le percentuali sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente. In caso di valutazione della Invalidità Permanente di grado pari o superiore al 60%, verrà liquidata una somma pari al 100% della somma assicurata.

Il diritto all'indennità per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi; tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Società paga l'importo liquidato od offerto ai beneficiari, o in difetto di designazione degli stessi, agli eredi dell'Assicurato secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

d) DIARIE

Qualora sia provato che l'infortunio ha causato l'inabilità temporanea o il ricovero o l'applicazione di

gessature o di tutore immobilizzante equivalente, la Società con riferimento alla natura ed alla conseguenza delle lesioni riportate dall'Assicurato, liquida l'indennità giornaliera, se prevista per la categoria, integralmente. L'indennità cessa con il giorno della avvenuta guarigione risultante dal certificato medico; se però l'Assicurato non trasmette tale certificato, viene considerata data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato medico regolarmente inviato. L'indennità viene corrisposta per il periodo massimo previsto alla Sezione 6 della presente polizza. Le diarie non sono cumulabili tra loro. In caso di indennizzabilità per più diarie, è data facoltà all'Assicurato, di scegliere la liquidazione di quella avente durata o importo liquidabile maggiore.

Art 3 - Controversie

In caso di controversie di natura medica sulla indennizzabilità dell'infortunio nonché sulla misura dei rimborsi o sulla liquidabilità delle indennità, le Parti si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere se ed in quale misura siano dovuti i rimborsi e le indennità a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo dalle Parti di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio medico. Il collegio medico risiede presso il domicilio dell'Assicurato.

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

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

Art. 4 - Liquidazione dell'indennità

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquiderà l'indennità che risulti dovuta, ne darà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvederà al pagamento entro 30 giorni dalla sottoscrizione dell'atto di liquidazione da parte della Società.

Art. 5 - Responsabilità del Contraente

Qualora l'infortunato o, in caso di morte i beneficiari, non accettino a completa tacitazione per l'infortunio l'indennità dovuta ai sensi della presente polizza ed avanzino nei confronti del Contraente maggiori pretese a titolo di responsabilità civile, detta indennità viene accantonata per essere computata nel risarcimento che il Contraente fosse tenuto a corrispondere per sentenza o transazione.

Qualora l'Infortunato o gli anzidetti beneficiari recedano dall'azione di responsabilità civile o rimangano in essa soccombenti, l'indennità accantonata viene agli stessi pagata sotto deduzione, a favore del Contraente, delle spese per la causa da lui sostenute.

Art. 6 - Rinuncia all'azione di surroga

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto all'azione di surroga che potesse competere per l'art. 1916 C.C. verso i responsabili dell'infortunio.

SEZIONE 6 CATEGORIE, SOMME ASSICURATE, CALCOLO E REGOLAZIONE DEL PREMIO

Art. 1 - Categorie e Somme assicurate L'assicurazione è prestata alle condizioni tutte della presente polizza per le persone appartenenti alle categorie qui di seguito indicate e per le garanzie e massimali specificati

Art.1.1 Amministratori (Sindaco/Assessori/Segretario/Consiglieri)- Categoria A

L'Assicurazione copre per le garanzie ed i massimali sotto riportati gli Amministratori della Contraente (Sindaco/Assessori/Consiglieri) ed il Segretario Generale limitatamente agli infortuni verificatisi durante l'espletamento del loro mandato e funzioni connesse con la carica ricoperta, compresi rischi in itinere, viaggi e trasferimenti;

Art. 1.2 Conducenti Veicoli – Categoria B

L'Assicurazione copre per le garanzie ed i massimali sotto riportati i Dipendenti del Comune in servizio limitatamente agli infortuni verificatisi durante l'utilizzo di mezzi di locomozione in genere, in occasione di lavoro; sono garantiti gli infortuni subiti durante gli spostamenti per incarichi/missioni compreso il tragitto dalla propria abitazione al luogo di lavoro e viceversa.

Art. 1.3 Partecipanti a manifestazioni Socio Culturali promosse dal Comune – Categoria C

L'Assicurazione copre per le garanzie ed i massimali sotto riportati i partecipanti e gli accompagnatori alle attività Socio Culturali e sportive organizzate dal Contraente

Prestazioni assicurate sia per Categoria A che per la B	Somme assicurate pro-capite
Caso Morte	€ 200.000,00
Caso Invalidità Permanente	€ 200.000,00
Rimborso Spese Mediche	€ 1.000,00

Prestazioni assicurate per la Categoria C	Somme assicurate pro-capite
Caso Morte	€ 50.000,00
Caso Invalidità Permanente	€ 100.000,00
Rimborso Spese Mediche	€ 1.000,00

Art. 2 - Franchigia sul caso Invalidità Permanente

L'indennità per l'Invalidità Permanente per ciascuna categoria di assicurati verrà riconosciuta senza applicazione di alcuna franchigia.

Art. 3 - Calcolo del premio e modalità di applicazione della regolazione

Il Contraente versa alla firma della presente polizza ed alle successive scadenze annuali, a titolo di premio anticipato, l'importo riportato nella seguente tabella rappresentante il totale degli importi per singola categoria calcolati sulla base dei tassi e premi sottoriportati che rimangono fissi per tutta la durata della polizza.

Categoria	Base di calcolo del premio	Premio annuo procapite o tasso lordo	Premio annuo lordo
A)	n.18 assicurati	€ per ogni assicurato	Euro
B)	Numero 15.000 km. Annui percorsi	€ per ogni kilometro	Euro
C)	Numero 200 partecipanti	€ Per ogni partecipante	Euro

Totale Premio Annuo Lordo	Euro
----------------------------------	------

Ai sensi dell'art 5 Sezione 2 della presente polizza la Società, sulla base delle variazioni e/o dati consuntivi comunicati dalla Contraente, calcola il premio di regolazione con le seguenti modalità:

- per la categoria A, e categoria C, conteggiando il relativo premio convenuto in aumento o in diminuzione rispetto al numero preventivo di assicurati indicati, indipendentemente dalla data di inclusione e/o esclusione;
- per la categoria B in base al consuntivo dei kilometri annui effettivamente percorsi rispetto a quelli preventivati

Art. 4 – Obblighi dell'appaltatore relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari

La Società assume tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'articolo 3 della legge 13 agosto 2010, n. 136 e successive modifiche al fine di assicurare la tracciabilità dei movimenti finanziari relativi all'appalto. Qualora la Società non assolva agli obblighi previsti dall'art. 3 della Legge n. 136/2010 per la tracciabilità dei flussi finanziari relativi all'appalto, il presente contratto si risolve di diritto ai sensi del comma 8 del medesimo art. 3.

Il Contraente verifica in occasione di ogni pagamento all'appaltatore e con interventi di controllo ulteriori l'assolvimento, da parte dello stesso, degli obblighi relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari. L'appaltatore si impegna a dare immediata comunicazione alla stazione appaltante ed alla prefettura-ufficio territoriale del Governo della provincia ove ha sede la Contraente della notizia dell'inadempimento della propria controparte (subappaltatore/subcontraente) agli obblighi di tracciabilità finanziaria.

Art 5- Disposizione finale

Rimane convenuto che si intendono operanti solo le presenti norme dattiloscritte, che annullano e sostituiscono integralmente le condizioni riportate su moduli a stampa forniti dalla Società che, pertanto, si devono intendere abrogate e prive di effetto.

La firma apposta dal Contraente su tale modulistica vale solo quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio tra le Società partecipanti alla coassicurazione.

IL CONTRAENTE

LA SOCIETA'
