

**CAPITOLATO POLIZZA
INFORTUNI**

CONTRAENTE

**COMUNE DI
GUARDAMIGLIO**

EFFETTO: 31.12.2016
SCADENZA PRIMA RATA: 31.12.2017
SCADENZA CONTRATTO: 31.12.2018

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

1) DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO - BUONA FEDE

Le dichiarazioni volutamente inesatte o le reticenze del Contraente e dell'Assicurato 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 Art. 1892, 1893, 1894 e 1898 del C.C.

Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni constatato aggravamento del rischio entro 15 giorni dall'intervenuta conoscenza, salvo che dette variazioni derivino da sopravvenienze normative ovvero da modifiche degli orientamenti giurisprudenziali.

Per variazione del rischio s'intende qualsiasi modifica che determini una diversa probabilità di verificarsi di un sinistro ovvero una variazione delle sue conseguenze, non previste e non prevedibili, al momento della stipula del contratto.

Tuttavia, l'omissione da parte del Contraente o dell'Assicurato di una circostanza eventualmente aggravante il rischio, così come le inesatte dichiarazioni all'atto della stipulazione del contratto o durante il corso dello stesso, non pregiudicano il diritto all'indennizzo, sempreché tali omissioni o inesatte dichiarazioni siano fatte in buona fede e non siano frutto di dolo, fermo restando il diritto della Società, una volta venuta a conoscenza di circostanze aggravanti che comportino un premio maggiore, di richiedere la relativa modifica delle condizioni in corso (aumento del premio con decorrenza dalla data in cui le circostanze aggravanti si sono verificate).

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente o dell'Assicurato ai sensi dell'art. 1897 C.C. e rinuncia al relativo diritto di recesso. Si conviene, altresì, che la diminuzione del premio conseguente a casi previsti da detto articolo, sarà immediata e la Società corrisponderà la relativa quota di premio pagata e non goduta, escluse le imposte.

2) ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente e l'Assicurato sono esentati dall'obbligo di comunicare alla Società l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio.

In caso di sinistro, la Società liquiderà all'Assicurato l'indennizzo dovuto ai sensi della presente polizza, senza tenere conto di eventuali altre assicurazioni da lui stipulate.

La Società rinuncia al diritto di recesso.

3) PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA

Il pagamento della prima annualità dovrà essere effettuato dal Contraente entro 60 (sessanta) giorni dalla decorrenza del contratto, fermo restando che il rischio sarà tenuto in copertura dalla Società dalle ore 24,00 della data di effetto del contratto.

Il pagamento dei premi relativi alle annualità successive dovrà essere effettuato entro 60 (sessanta) giorni dalla scadenza, intendendosi così elevato il periodo di mora di cui all'art. 1901 del Codice Civile.

4) REGOLAZIONE PREMIO

Se il premio è convenuto in base ad elementi di rischio variabili, esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza e regolato alla fine del periodo.

A tale scopo, entro 120 gg. dalla data di scadenza annuale dell'Assicurazione, l'Assicurato dovrà fornire per iscritto alla Società il dato consuntivo degli elementi variabili nel corso del periodo di osservazione.

Le differenze attive o passive a favore della Società o del Contraente, risultanti dalla regolazione premio, dovranno essere corrisposte dal Contraente o dalla Società entro 60 giorni dalla data di ricevimento dell'apposita appendice emessa dalla Società.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti o il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società deve fissargli mediante formale atto di messa in mora un ulteriore termine di 30 giorni, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo annuo per il quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva e la garanzia resta sospesa fino alle ore 24.00 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto. Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione premio.

La Società ha il diritto di effettuare verifiche e controlli per i quali il Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie.

5) REVISIONE DEI PREZZI

Per i contratti di durata pluriennale, qualora s'intenda chiedere la revisione del prezzo, sulla base dei dati a disposizione da comunicare al Contraente, la Società può segnalare al Contraente la revisione dei premi o delle condizioni contrattuali attinenti alle franchigie, agli scoperti o ai massimali assicurati.

Il Contraente, entro 15 giorni, decide in ordine alle stesse, formulando un'eventuale controproposta di revisione.

In caso di accordo fra le parti, si provvede alla modifica del contratto a decorrere dalla nuova annualità.

6) CLAUSOLA DI RECESSO

In caso di mancato accordo fra le parti ai sensi degli art. 1) e 5), la Società può recedere dal contratto alla scadenza dell'annualità.

La facoltà di recesso si esercita entro 30 giorni dalla proposta presentata dalla Società ovvero entro 30 giorni dal ricevimento della controproposta del Contraente.

Qualora alla data di effetto del recesso il Contraente non sia riuscito ad affidare il nuovo contratto di assicurazione, a semplice richiesta di quest'ultimo, la Società s'impegna a prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni normative ed economiche in vigore, per un massimo di 30 giorni. Il Contraente provvede a corrispondere l'integrazione del premio entro 30 giorni.

Il recesso non produce effetto in caso di mancata produzione dei dati di cui all'art. 7) riferiti fino al mese antecedente a quello di esercizio del recesso.

7) DENUNCIA DEI SINISTRI E PRODUZIONE DI INFORMAZIONI SUI SINISTRI

Entro 15 giorni da quando ne sia venuto a conoscenza, l'Assicurato deve inviare al Broker la denuncia di sinistro, in forma cartacea o per posta elettronica, con una relazione contenente tutti i dati necessari per l'apertura della pratica, allegando la documentazione in suo possesso e a trasmettere quella prodotta dopo la denuncia.

Alla data di decorrenza che precede di 6 mesi la scadenza contrattuale ed entro i 15 giorni successivi, la Società s'impegna a fornire al Contraente l'evidenza dei sinistri denunciati a partire dalla data di decorrenza del contratto. L'elenco dovrà essere in formato "excel" tramite "file" modificabili e non modificabili, e dovrà riportare per ciascun sinistro:

- il numero del sinistro attribuito dalla Società
- la data di accadimento dell'evento
- la tipologia dell'evento
- la tipologia di indennizzo (se diretto o indiretto)
- l'indicazione dello stato del sinistro secondo la seguente classificazione:
 - a) sinistro senza seguito
 - b) sinistro liquidato in data con liquidazione di €
 - c) sinistro posto a riserva per €

Su richiesta dell'Assicurato, la Società s'impegna a fornire alla scadenza di ogni annualità il rapporto sinistri a premi riferito all'esercizio trascorso, sia in via aggregata che disaggregata.

8) MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

9) RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGA

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione, di cui all'articolo n. 1916 del Codice Civile, verso i Terzi responsabili dell'infortunio.

10) ASSICURAZIONE PER CONTO DI CHI SPETTA

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'articolo n. 1891 del Codice Civile.

11) INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO

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

12) DURATA DEL CONTRATTO

Il presente contratto cesserà alla sua naturale scadenza senza obbligo di invio di disdetta.

Il Contraente si riserva la facoltà di richiedere la proroga del contratto per un massimo di 90 giorni se ciò risultasse necessario per concludere la procedura di gara per l'aggiudicazione di un nuovo contratto, con preavviso di 30 giorni da darsi alla Società mediante lettera raccomandata o PEC.

La Società s'impegna a prorogare l'assicurazione alle stesse condizioni normative ed economiche.

13) DISDETTA IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni sinistro, regolarmente denunciato a termini di polizza e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, le Parti possono recedere dall'assicurazione con preavviso di 120 giorni mediante invio di lettera raccomandata o PEC. In caso di recesso esercitato dalla Società, quest'ultima, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso.

14) ONERI FISCALI

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

15) FORO COMPETENTE

Per qualsiasi controversia che potrebbe sorgere in merito all'applicazione della presente polizza è competente l'organismo di conciliazione, come da D.L. n°28 del 4/3/2010 e per eventuali successivi giudizi la competenza è del Foro ove ha la sede il Contraente/Assicurato.

16) RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

17) COASSICURAZIONE E DELEGA

Qualora risulti dalla polizza che l'Assicurazione è 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.

La sottoscritta Società Delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle Coassicuratrici indicate nell'atto suddetto (polizza o appendice) a firmarlo anche in loro nome e per loro conto. Pertanto la firma apposta dalla Società Delegataria lo rende ad ogni effetto valido anche per le quote delle Coassicuratrici.

Il dettaglio dei capitali assicurati, dei premi, accessori e imposte, spettanti a ciascuna Coassicuratrice, risulta dall'apposito prospetto inserito in polizza.

18) CLAUSOLA BROKER

Il Contraente si affida per la gestione del presente contratto a **Netbroker sas di Veneziani Attilio & Co., via Conciliazione 45/A, 29122 Piacenza, n° iscrizione al R.U.I. B000400768.**

Di conseguenza tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione, compreso il pagamento dei premi, saranno svolti per conto del Contraente da Netbroker sas di

Veneziani Attilio & Co. che tratterà con la Compagnia Delegataria informandone le Compagnie Coassicuratrici.

Queste saranno tenute a riconoscere come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di ordinaria gestione compiuti dalla Compagnia Delegataria per conto comune. La Società prende atto che il pagamento dei premi al Broker è liberatorio per il Contraente e riconosce al Broker il differimento della corresponsione dei premi al decimo giorno del mese successivo alla comunicazione d'incasso.

Agli effetti tutti della presente polizza, ogni comunicazione fatta dal Broker nel nome e per conto dell'Assicurato alla Compagnia si intenderà come fatta dall'Assicurato. Parimenti ogni comunicazione fatta dall'Assicurato al Broker si intenderà come fatta alla Compagnia.

19) TRACCIABILITÀ DEI FLUSSI FINANZIARI

La Stazione Appaltante, l'Appaltatore e la Società di Brokeraggio assumono tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'art. 3 della Legge n° 136 del 13/8/2010 e successive modifiche e integrazioni, al fine di assicurare la tracciabilità dei movimenti finanziari dell'appalto.

Le movimentazioni finanziarie relative al presente contratto, salvo le deroghe previste, dovranno essere effettuate dalla Stazione Appaltante con bonifico bancario o postale e riportare il codice C.I.G. (Codice Identificativo Gara) per ogni transazione o il C.U.P. (Codice Unico di Progetto).

Il mancato rispetto degli obblighi di Legge è causa di risoluzione del contratto.

20) TRATTAMENTO DEI DATI

Il Contraente, l'Assicurato e la Società consentono, ai sensi del D.L. n° 196/2003, al trattamento dei dati personali riscontrabili dalla polizza o ad essa collegati, esclusivamente per le finalità connesse agli obblighi contrattuali.

DEFINIZIONI

ASSICURAZIONE:

il contratto di assicurazione.

POLIZZA:

il documento che prova e regola l'assicurazione.

CONTRAENTE:

Il soggetto che ha stipulato il contratto.

ASSICURATO:

il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

BENEFICIARIO:

il soggetto al quale, in caso di morte dell'Assicurato, deve essere liquidata la somma garantita.

SOCIETA':

l'Impresa assicuratrice.

PREMIO:

la somma dovuta dal Contraente alla Società.

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 del danno, stabilita contrattualmente in cifra fissa, che in caso di sinistro rimane a carico dell'Assicurato.

INFORTUNIO:

evento avvenuto per causa fortuita, violenta ed esterna, che provoca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

INVALIDITA' PERMANENTE:

la perdita della capacità generica ad attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla propria professione (invalidità assoluta), o la riduzione irrimediabile e definitiva della capacità ad attendere a un qualsiasi lavoro proficuo (invalidità parziale).

INABILITA' TEMPORANEA:

l'impedimento temporaneo all'esercizio delle attività svolte dall'Assicurato.

OSPEDALE, ISTITUTO DI CURA:

la struttura autorizzata al ricovero di pazienti e/o all'assistenza sanitaria con degenza continuativa o in day-hospital; non rientrano in questa definizione le strutture termali, di convalescenza, di soggiorno, per le attività diverse da quelle di ricovero e/o di assistenza sanitaria.

RISCHIO PROFESSIONALE:

l'evento verificatosi durante lo svolgimento delle attività professionali e/o comunque riconducibile al rapporto con l'Assicurato.

RISCHIO EXTRA-PROFESSIONALE:

l'evento verificatosi in situazioni di tempo o di luogo che non possono essere ricondotte al rischio professionale.

RISCHIO IN ITINERE:

il tragitto che il soggetto assicurato effettua con qualunque mezzo di locomozione, pubblico e/o privato e/o di proprietà/uso/comodato al Contraente, in bicicletta o a piedi, sia come conducente che come trasportato, tra la propria abitazione e il luogo di lavoro dove svolge il servizio e/o mandato e viceversa, compresi i trasferimenti tra un luogo di lavoro e l'altro; sono compresi gli infortuni subiti durante le operazioni di salita e discesa dai veicoli, le fermate di emergenza, di rifornimento e ogni altra operazione ad esse assimilabile.

PERSONE/FUNZIONE ASSICURATE

PARTITA 1 - VOLONTARI, LAVORATORI SOCIALMENTE UTILI, PERSONALE IN CONVENZIONE, STAGISTI, BORSISTI, TIROCINANTI

La garanzia copre gli infortuni professionali subiti dalle persone assicurate con la presente partita che svolgono qualsiasi attività per conto del Contraente.
Si intende compreso in garanzia il "rischio in itinere".

ELEMENTI VARIABILI PER IL CALCOLO DEL PREMIO E DELLA REGOLAZIONE:
preventivo di n. **30** persone.

PARTITE ASSICURATE	CAPITALI ASSICURATI PER PERSONA
in caso di morte, €	100.000,00
in caso di invalidità permanente totale, €	100.000,00
rimborso spese mediche da infortunio, €	5.000,00

Premio annuo lordo per persona €
Premio annuo lordo di partita €

PARTITA 2 - GUIDATORE OCCASIONALE DEI VEICOLI

La garanzia copre gli infortuni professionali subiti dal guidatore occasionale (non identificato) occorsi alla guida dei veicoli indicati, purché munito di prescritta abilitazione.
Sono compresi gli infortuni subiti nella salita e discesa dal veicolo, nelle operazioni conseguenti a guasto o avaria del mezzo e in quelle di emergenza.
Si intende compreso in garanzia il "rischio in itinere".

- 1) Autocarro Mitsubishi L200 – targa EB 036 FC
- 2) Autoveicolo uso speciale Fiat Ducato – targa AS 617 KZ
- 3) Autovettura Fiat Stilo – targa CP 477 ZJ
- 4) Autovettura Fiat Punto – targa DC 486 NF
- 5) Autovettura Opel Agila – targa BY 367 MA
- 6) Quadriciclo trasporto cose Piaggio Poker – targa PC066674

ELEMENTI VARIABILI PER IL CALCOLO DEL PREMIO E DELLA REGOLAZIONE:
preventivo di n. **6** persone.

PARTITE ASSICURATE	CAPITALI ASSICURATI PER PERSONA
in caso di morte, €	100.000,00
in caso di invalidità permanente totale, €	100.000,00
rimborso spese mediche da infortunio, €	5.000,00

Premio annuo lordo per persona €

Premio annuo lordo di partita €

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La presente assicurazione è operante per gli infortuni che l'assicurato subisca a causa e in occasione della partecipazione all'attività del Contraente o nello svolgimento delle mansioni dichiarate dal Contraente. E' considerato "infortunio" l'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 permanente e/o una inabilità temporanea.

2. RISCHI ESCLUSI

Sono esclusi dalla assicurazione gli infortuni derivanti:

- a) dalla guida di veicoli a natanti a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- b) dall'uso, anche come passeggero di aeromobili (compresi deltaplani ed ultraleggeri), salvo quanto disposto dall'articolo 3;
- c) dalla pratica del paracadutismo, del parapendio e degli sport aerei in genere;
- d) da ubriachezza, 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 guerre e insurrezioni;
- h) da terremoti, inondazioni, eruzioni vulcaniche;
- i) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.);
- l) da infarti ed ernie di qualsiasi tipo.

3. 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 gestiti, tranne che:

- da società/aziende di lavoro aereo in occasione di voli diversi dal trasporto pubblico di passeggeri;
- da aeroclubs;

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

per persona:

- € 1.000.000,00 per il caso morte
- € 1.000.000,00 per il caso di invalidità permanente totale
- € 250,00 per il caso di inabilità temporanea

per aeromobile, nel caso di assicurazioni di più persone:

- € 5.000.000,00 per il caso morte
- € 5.000.000,00 per il caso di invalidità permanente
- € 5.000,00 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 e imputazione proporzionale sui singoli contratti.

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.

4. LIMITI DI ETA'

L'Assicurazione vale per le persone di età non superiore agli 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 al Contraente.

5. PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici, di conseguenza l'assicurazione cessa al manifestarsi di tali affezioni.

6. ESTENSIONE TERRITORIALE

L'Assicurazione vale in tutto il mondo. L'inabilità temporanea, se assicurata, al di fuori dell'Europa o degli stati extraeuropei del Mediterraneo è indennizzabile limitatamente al periodo di ricovero ospedaliero; tale limitazione cessa dalle ore 24.00 del giorno di rientro in Europa.

7. CAMBIAMENTO DELL'ATTIVITA' PROFESSIONALE E ATTIVITA' PROFESSIONALI DIVERSE

Se nel corso del contratto si verifica un cambiamento delle attività professionali dichiarate senza che il Contraente ne abbia dato comunicazione alla Società, in caso di infortunio che avvenga nello svolgimento della diversa attività:

- l'indennizzo sarà corrisposto integralmente se la diversa attività non aggrava il rischio;
- l'indennizzo sarà corrisposto nella ridotta proporzione esistente tra il premio pagato e il premio che avrebbe dovuto pagare in base alla nuova attività esercitata.

8. DENUNCIA DELL'INFORTUNIO E OBBLIGHI RELATIVI

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 Compagnia le indagini e gli accertamenti necessari.

9. CRITERI DI INDENNIZZABILITA'

La Compagnia 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 saranno diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

10. CASO MORTE

L'indennizzo per il caso di morte è dovuto se la morte stessa si verifica anche 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 morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente.

Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio e in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Società corrisponderà ai beneficiari o in difetto agli eredi, la differenza tra l'indennizzo per morte - se superiore - e quello già pagato per l'invalidità permanente.

Qualora il decesso avvenga in una località diversa dalla sede di lavoro dell'Assicurato, sono rimborsate fino a € 2.000,00 le spese sostenute per il trasporto della salma fino al luogo di residenza dell'Assicurato.

11. CASO INVALIDITA' 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 n. 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 Compagnia 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 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 o arti, comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna lesione, con il massimo del 100%.

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

12. FRANCHIGIE

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

sulla somma eccedente € 150.000,00=, **franchigia 5%**.

La garanzia Rimborso Spese Mediche è soggetta a una **franchigia fissa di € 150,00**.

13. MODALITA' 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, sono demandate per iscritto a un Collegio di tre medici, nominati uno per parte e 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 competenze del 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 vincolati per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

CONDIZIONI PARTICOLARI

CP 1) PRECISAZIONI

Si precisa che sono considerati infortuni anche:

- l'asfissia causata da fuga di gas o di vapore;
- soffocamento da ingestione di solidi;

- gli avvelenamenti e le intossicazioni acute 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, le punture vegetali, nonché le infezioni (quelle tetaniche) conseguenti ad eventi risarcibili a termini di polizza;
- le ustioni animali e/o vegetali in genere, il contatto con corrosivi;
- l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento;
- la folgorazione e le scariche elettriche in genere;
- i colpi di sole e di calore;
- le lesioni determinate da sforzi, esclusi gli infarti e le ernie;
- le conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche di altre cure rese necessarie da infortunio.

L'assicurazione vale anche per gli infortuni:

- sofferti in stato di malore o incoscienza o conseguenti a vertigini o a colpi di sonno;
- derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- derivanti da influenze termiche e atmosferiche;
- sofferti in stato di ubriachezza, purché non alla guida di autoveicoli;
- derivanti da aggressioni, attentati, atti di terrorismo e vandalismo, tumulti e insurrezioni popolari, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva e volontaria;
- subiti in occasione di dirottamento e pirateria aerea.

CP 2) INDIVIDUAZIONE DELLE PERSONE ASSICURATE

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di presentare preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate: per la loro identificazione si fa riferimento alla documentazione dei competenti uffici che l'Amministrazione Comunale si impegna a far pervenire alla Società a sua semplice richiesta.

Se nel corso dell'annualità assicurativa intervengono variazioni in aumento del numero di assicurati, queste persone saranno automaticamente assicurate senza obbligo di preventiva comunicazione alla Società, in quanto le inclusioni ed esclusioni saranno conguagliate al termine dell'annualità tramite la regolazione premio.

CP 3) CALAMITA' NATURALI

In deroga all'art. 2 punto h) delle Norme che regolano l'assicurazione Infortuni, 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.

CP 4) RISCHIO GUERRA

A parziale deroga all'art. 2 punto g) delle Norme che regolano l'assicurazione Infortuni, sono compresi 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.

CP 5) ERNIE TRAUMATICHE DA SFORZO - ERNIE ADDOMINALI

A parziale deroga dell'art. 2 punto l) delle Norme che regolano l'assicurazione Infortuni, la garanzia è estesa, limitatamente ai casi di Invalidità Permanente e di Invalidità Temporanea, quest'ultima sempre che sia prevista dal contratto, alle ernie addominali da sforzo o traumatiche con l'intesa che:

- qualora risulti operabile, viene corrisposta solamente l'indennità per il caso di Inabilità Temporanea (se prevista) e fino ad un massimo di trenta giorni;
- qualora l'ernia, anche se 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 l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio Medico, come da art. 13 delle Norme che regolano l'assicurazione Infortuni.

CP 6) MORTE PRESUNTA

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile il corpo dell'assicurato scompaia e non venga ritrovato e si presume sia avvenuto il decesso, la Compagnia liquiderà ai beneficiari o in difetto agli eredi il capitale previsto per il caso di morte.

La liquidazione, sempreché non siano nel frattempo emersi elementi tali da rendere il danno non indennizzabile, non avverrà prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione e accoglimento dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta proposta ai termini degli articoli n. 60 e n. 62 del Codice Civile.

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

CP 7) RESPONSABILITA' DEL CONTRAENTE

Qualora l'infortunato o, in caso di morte, i beneficiari, o soltanto qualcuno di essi, non accettino, a completa tacitazione per l'infortunio, l'indennità dovuta ai sensi della presente polizza e avanzino verso il Contraente maggiori pretese a titolo di Responsabilità Civile, detta indennità nella sua totalità viene accantonata per essere computata nel risarcimento che il Contraente fosse tenuto a corrispondere per sentenza o transazione.

Qualora l'infortunato o gli anzidetti beneficiari recedano all'azione di Responsabilità Civile o rimangano in essa soccombenti, l'indennità accantonata viene pagata agli stessi sotto deduzione, a favore del Contraente, delle spese di causa sostenute da quest'ultimo.

CP 8) RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO

La Compagnia rimborsa agli assicurati, per i quali la garanzia è prevista in polizza e in caso di infortunio risarcibile a termini di polizza, le spese per le cure mediche sostenute in Istituti di cura legalmente riconosciuti, fino alla concorrenza - per ogni evento - dell'importo assicurato.

Per cure mediche si intendono:

- Spese ospedaliere o cliniche, rette di degenza;
- Onorari di medici e chirurghi, compresi quelli dei medici legali, medici di parte e/o componenti del Collegio Medico così come da art. 13 delle Norme che regolano l'assicurazione Infortuni;
- Accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio;

- Spese per il trasporto su ambulanze e/o mezzi speciali di soccorso all'Istituto di cura o all'ambulatorio;
- Spese fisioterapiche e rieducative in genere e spese farmaceutiche;
- Spese per la prima protesi, spese di acquisto o noleggio di apparecchi protesici e sanitari;
- Spese sostenute per tickets.

Rimangono espressamente escluse le spese sostenute per cure ed interventi di chirurgia plastica e/o estetica, salvo quelle rese necessarie per eliminare o contenere il grado di invalidità permanente.

CP 9) LIMITE CATASTROFALE

In caso di infortunio che colpisca contemporaneamente più persone assicurate, in conseguenza di un unico evento, si conviene che l'esborso massimo complessivo a carico della Compagnia sarà di €. 5.000.000,00=.

Limitatamente alla garanzia Rimborso spese Mediche da Infortunio la Compagnia risponderà entro un limite di €. 100.000,00 per anno assicurativo.

Qualora le indennità liquidabili superassero tali importi, le stesse verranno ridotte proporzionalmente.