**POLIZZA DI ASSICURAZIONE**

**INFORTUNI**

La presente polizza è stipulata tra

|  |
| --- |
| **Comune di Ferrara** |
| **Piazza del Municipio, 2** |
| **44121 Ferrara (Fe)** |
| **C.F. 00297110389** |
| **CIG 8933575B4C** |

**e**

|  |
| --- |
| **Società Assicuratrice** |
|  |
|  |
|  |

Durata del contratto

|  |  |
| --- | --- |
| **Dalle ore 24.00 del:** | **31.12.2021** |
| **Alle ore 24.00 del:** | **31.12.2024** |

Con scadenze dei periodi di assicurazione

successivi al primo fissati

|  |  |
| --- | --- |
| **Alle ore 24:00 di ogni** | **31.12** |

**SEZIONE I**

**DEFINIZIONI**

# Art.1 – Definizioni

|  |  |
| --- | --- |
| **Assicurazione:** | Il contratto di Assicurazione contenente le garanzie prestate a termini di Polizza. |
| **Polizza:** | Il documento che prova l'assicurazione |
| **Contraente:** | Il soggetto che stipula l’assicurazione |
| **Assicurato:** | La persona fisica o giuridica 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. |
| **Ente:** | L’Amministrazione Comunale e/o altre Amministrazioni |
| **Società:** | L’impresa assicuratrice nonché le coassicuratrici; |
| **Broker:** | La Società incaricata dal Contraente della gestione ed esecuzione del contratto, riconosciuta 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, all’Assicurato e/o agli aventi diritto. |
| **Franchigia**  | La parte di danno espressa in misura fissa che l'Assicurato tiene a suo carico. |
| **Scoperto:** | La parte di danno espressa in misura percentuale 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 permanente e/o una inabilità temporanea e/o un ricovero e/o un rimborso spese  |
| **Malattia** | Ogni alterazione a carattere evolutivo dello stato di salute non dipendente da infortunio. |
| **Morte presunta** | Il mancato ritrovamento del corpo dell’Assicurato entro un anno dal verificarsi di un infortunio, deve intendersi parificata al caso di morte e parimenti indennizzata |
| **Invalidità permanente:** | La diminuita capacità o la perdita definitiva ed irrimediabile della capacità generica dell’Assicurato di svolgere una generica e normale attività od un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato. |
| **Inabilità temporanea:** | La perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità generica dell’Assicurato di svolgere una generica e normale attività od 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 Nazionale che privati, legalmente riconosciuti e regolarmente autorizzati al ricovero dei malati, nonché qualsiasi altro istituto e/o struttura per convalescenza o per lunga degenza, dotato di attrezzature per il pernottamento di pazienti e per la terapia di eventi morbosi o lesivi, autorizzato all’erogazione di assistenza socio-sanitaria e/o ospedaliera. |
| **Ricovero:** | La degenza in Istituto di cura che comporti almeno un pernottamento. |
| **Massimale/Somma/capitale per sinistro** | La massima esposizione economica della Società per sinistro. |
| **Limite di risarcimento** | La massima esposizione economica della Società in caso sinistro che coinvolga più persone assicurate. |
| **Sforzo** | L’impiego di energie muscolari, concentrate nel tempo, che esulano per intensità dalle ordinarie abitudini di vita dell’Assicurato |
| **Comunicazione** | Per comunicazioni alla Società o al Broker si intendono tutte le comunicazioni e/o dichiarazioni in merito al contenuto del presente contratto e, per quanto da esso non regolato, effettuate per lettera raccomandata, alla quale sono parificati telex, telegrammi, PEC, telefax, e-mail o altri mezzi documentabili. Resta inteso che avrà valore la data di invio risultante dai documenti provanti l’avvenuta comunicazione |
| **Atti di terrorismo** | Una qualsiasi azione violenta fatta con il supporto dell’organizzazione di uno o più gruppi di persone (anche se realizzata da una persona singola) diretta ad influenzare qualsiasi governo e/o terrorizzare l’intera popolazione o una parte importante di essa, allo scopo di raggiungere un fine politico, o religioso, o ideologico o etnico. |
| **Rischio in itinere** | I trasferimenti, effettuati con qualsiasi mezzo di locomozione, oppure a piedi, dall’Assicurato, tra la propria abitazione, anche se occasionale, ed il normale luogo di lavoro e/o abituale destinazione, sia all’andata che al ritorno, oppure qualsiasi altro luogo ove l’Assicurato si rechi a svolgere la propria mansione e/o occupazione assicurata e/o attività. La garanzia si intende operante anche durante le operazioni di salita e discesa dai mezzi di trasporto, nonché, nei termini di cui sopra, durante il tragitto da e per qualsiasi luogo in cui l’Assicurato si debba recare e/o si sia recato in virtù del proprio stato di “reperibilità” professionale. |
| **Veicoli** | Veicoli in genere, anche elettrici, compresi biciclette, anche a pedalata assistita, velocipedi. |

# Art.2 – Identificazione degli Assicurati

La presente polizza viene stipulata per tutte le categorie, riportate alla Sezione 6 della presente polizza, per le quali il Contraente ha l’obbligo od interesse ad attivare la copertura assicurativa e vale per gli infortuni subiti dagli Assicurati in occasione della partecipazione all’attività della Contraente o nello svolgimento delle mansioni dichiarate dal Contraente stesso.

La garanzia è inoltre operante per i dirigenti ed i dipendenti del contraente e/o di Enti/Società convenzionati che, in attuazione delle disposizioni di Legge, contrattuali e di regolamento, possono essere utilizzati in comando, distacco o assegnazione temporanea, ecc., (a tempo pieno o parziale) da e verso il Contraente o Enti/Società, qualora ragioni organizzative dell’Ente/Società lo richiedano nell’ambito di accordi di collaborazione tra singoli Enti/Società o gestioni associate, ex art. 30 TUEL e successive modifiche ed integrazioni.

Il Contraente è esonerato dall’obbligo della denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per la loro identificazione si farà riferimento ai registri tenuti dal Contraente.

Il Contraente resta altresì esonerato dall’obbligo di notificare preventivamente 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 degli inserimenti successivi, o che dovessero in seguito sopravvenire.

La presente polizza si intende operante per infortuni occorsi nel mondo intero.

Gli eventuali indennizzi verranno corrisposti solo in Italia in euro (€).

**SEZIONE II**

**CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE**

**ART. 1 DURATA DEL CONTRATTO**

La presente polizza ha decorrenza e scadenza come indicato nella *SCHEDA DI POLIZZA*; alla data di scadenza la polizza si intenderà cessata senza obbligo di preventiva disdetta.

È facoltà del Contraente, entro la naturale scadenza, richiedere alla Società la proroga della presente assicurazione, fino al completo espletamento delle procedure d’aggiudicazione della nuova assicurazione e comunque per un periodo massimo di 6 mesi. La Società s’impegna a prorogare l’assicurazione, per il periodo massimo suddetto, alle medesime condizioni contrattuali ed economiche in vigore e il relativo rateo di premio verrà corrisposto nei termini di cui all’articolo *PAGAMENTO DEL PREMIO – DECORRENZA DELL’ASSICURAZIONE*, salvo ulteriori proroghe concordate tra le parti.

Tale facoltà può essere esercitata una o più volte nell’ambito di tale periodo, con il massimo comunque di 6 mesi. Il relativo periodo di proroga sarà conteggiato sulla base di 1/360 del premio annuale della polizza per ogni giorno di copertura.

Ai sensi dell’art. 35 del D.lgs 50/2016 ss.mm. e ii., il Contraente si riserva la facoltà di rinnovare il contratto per una durata di anni 3 (tre), alle medesime condizioni normative ed economiche, previo benestare della Società ed adozione di apposito atto dell’Ente.

La disposizione di proroga tecnica e/o rinnovo non è operante nel caso in cui la Società si sia avvalsa della facoltà di recesso prevista all’art.2 della presente sezione.

Il Contraente, a seguito di intervenuta disponibilità di convenzioni Consip o accordi quadro resi disponibili da centrali di committenza (D.L. 95/2012, art. 1, comma 13, convertito in L. 135/2012 ss.mm.ii.), si riserva di recedere dall’assicurazione qualora accerti condizioni più vantaggiose rispetto a quelle praticate dall’affidatario, nel caso in cui la Società non sia disposta a una revisione del premio 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 e il 10% di quelle non ancora eseguite.

**ART. 2 RECESSO ANTICIPATO ANNUALE**

È attribuita alle parti la facoltà di recedere dalla presente polizza a ogni scadenza assicurativa annuale intermedia, mediante lettera raccomandata o posta elettronica certificata (PEC) da inviarsi almeno 6 mesi prima di ogni suddetta scadenza.

**ART. 3 PAGAMENTO DEL PREMIO – DECORRENZA DELL’ASSICURAZIONE**

L'assicurazione decorre, con copertura immediata, dalle ore 24 del giorno indicato in polizza.

Il Contraente pagherà all’Intermediario incaricato:

* entro 90 giorni dalla data di effetto del contratto, il premio riferito al primo periodo assicurativo;
* entro 90 giorni da ciascuna successiva data di scadenza (annuale o semestrale), il premio riferito al periodo assicurativo in corso;
* entro 90 giorni dalla data di ricezione da parte del Contraente (anche mediante posta elettronica) il premio riferito alle appendici correttamente emesse dalla Società. Resta comunque inteso che l’assicurazione decorrerà con copertura immediata dalle ore 24 del giorno indicato nel documento di variazione.

Il premio annuale è interamente dovuto ancorché sia stato pattuito il frazionamento semestrale.

Trascorsi i termini sopra indicati, l’assicurazione resterà sospesa e riprenderà la sua efficacia dalle ore 24 del giorno del pagamento del premio, ferme restando le scadenze contrattuali stabilite e il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Ai sensi dell'art. 48 e 48 bis del D.P.R. 602/1973 ss.mm.ii. la Società da atto che l'assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuate dal Contraente ai sensi del D.M.E.F. 40/2008 ss.mm.ii., e della circolare del medesimo dicastero del 29/07/2008, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'art. 3 del Decreto.

Il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'art. 72 bis del D.P.R. 602/1973 ss.mm.ii. costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 del Codice Civile nei confronti della Società stessa.

L’assicurazione è altresì operante fino al termine delle verifiche e dei controlli che il Contraente deve effettuare in capo all’aggiudicatario della presente polizza circa il possesso dei requisiti di partecipazione richiesti nel bando e nel disciplinare di gara, nonché quelli richiesti dalle vigenti disposizioni normative per la stipula dei contratti con le Pubbliche Amministrazioni, ex artt. 32 e 33 del D.Lgs. 50/2016 ss.mm.ii., anche qualora dette verifiche e controlli eccedessero temporalmente rispetto ai termini di mora previsti nel presente articolo in relazione al pagamento della prima rata, previa comunicazione del Broker alla Società.

**ART. 4 TRACCIABILITÀ DEI FLUSSI FINANZIARI**

La Società è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi previsti dall’art. 3 della L. 136/2010 ss.mm. ii. al fine di assicurare la tracciabilità dei movimenti finanziari relativi all’appalto.

Qualora la Società non assolva ai suddetti obblighi, il presente contratto si risolve di diritto ai sensi del dell’art. 3, comma 8, della L. 136/2010 ss.mm. ii.

**ART.5 – REGOLAZIONE DEL PREMIO**

Il premio è convenuto in tutto o in parte in base ad elementi di rischio variabile e viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal/i conteggio/i esposto/i in polizza nell’apposita Sezione 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; per quanto riguarda i veicoli non a motore (ad es. cicli, velocipedi ecc), gli stessi si intendono compresi in garanzia e viene convenzionalmente escluso il parametro per l’imputazione del premio in quanto marginale. Il Contraente è pertanto esonerato dall’obbligo di comunicare le variazioni intervenute nel corso di ogni annualità assicurativa, e pertanto ogni persona rientrante in ogni categoria assicurata deve ritenersi in garanzia a tutti gli effetti.

A tale scopo entro 4 mesi dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione il Contraente deve fornire per iscritto alla Società i dati necessari per il conteggio del premio consuntivo.

In caso di regolazione attiva il Contraente dovrà versare il relativo premio di conguaglio nei termini previsti all’articolo *PAGAMENTO DEL PREMIO E DELLE APPENDICI CON INCASSO PREMIO-DECORRENZA DELL’ASSICURAZIONE* che decorreranno dal giorno successivo a quello di ricevimento da parte del Contraente della corretta appendice di regolazione emessa dalla Società.

In caso di regolazione passiva la Compagnia dovrà rimborsare il relativo premio netto di conguaglio non oltre I termini previsti all’articolo PAGAMENTO DEL PREMIO E DELLE APPENDICI CON INCASSO PREMIO-DECORRENZA DELL’ASSICURAZIONE che decorreranno dal giorno successivo a quello di invio al Contraente della corretta appendice di regolazione emessa dalla Società.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti od il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società deve fissargli, mediante atto formale di messa in mora, un ulteriore termine non inferiore a 1 mese dandone comunicazione scritta, trascorso il quale la Società avrà diritto di agire giudizialmente.

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie gli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società deve fissargli lo stesso termine di 1 mese trascorso il quale, avrà diritto di agire giudizialmente.

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.

Il premio è convenuto in tutto o in parte in base ad elementi di rischio variabile e viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal/i conteggio/i esposto/i in polizza nell’apposita Sezione 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, fermo il premio minimo di polizza. Il Contraente è pertanto esonerato dall’obbligo di comunicare le variazioni intervenute nel corso di ogni annualità assicurativa, e pertanto ogni persona rientrante in ogni categoria assicurata deve ritenersi in garanzia a tutti gli effetti.

A tale scopo entro 4 mesi dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione il Contraente deve fornire per iscritto alla Società i dati necessari per il conteggio del premio consuntivo.

In caso di regolazione attiva il Contraente dovrà versare il relativo premio di conguaglio nei termini di cui all’Art.4 che decorreranno dal giorno successivo a quello di ricevimento da parte del Contraente della corretta appendice di regolazione emessa dalla Società.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti od il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società deve fissargli, mediante atto formale di messa in mora, un ulteriore termine non inferiore a 1 mese dandone comunicazione scritta, trascorso il quale la Società avrà diritto di agire giudizialmente.

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie gli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società deve fissargli lo stesso termine di 1 mese trascorso il quale, avrà diritto di agire giudizialmente.

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.

**ART. 6 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO – VARIAZIONE DEL RISCHIO**

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alla prestazione nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. Tuttavia l’omissione da parte del Contraente o dell'assicurato di una circostanza eventualmente aggravante così come le inesatte dichiarazioni all'atto della stipulazione del contratto o durante il corso dello stesso non pregiudicano il diritto al risarcimento dei danni sempreché tali omissioni o inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo e/o colpa grave, 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 siano venute a conoscenza della Società o, in caso di sinistro, conguaglio del premio per l'intera annualità).

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

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 per iscritto le variazioni del rischio derivanti da sopravvenienze normative o da modifiche degli orientamenti giurisprudenziali.

Qualsiasi circostanza intervenuta successivamente all’aggiudicazione del contratto di assicurazione, che comporti una variazione del rischio, come sopra precisato, dovrà essere comunicata per iscritto dal Contraente alla Società entro 30 giorni dall’intervenuta conoscenza.

Le parti convengono altresì che le variazioni che comportano diminuzioni o aggravamento del rischio conseguenti a disposizioni di leggi, di regolamenti o di atti amministrativi, non sono soggette alla disciplina degli artt. 1897 e 1898 del Codice Civile, e che pertanto il nuovo rischio rientra automaticamente in garanzia senza modifica del premio, a eccezione di quelle modificative della natura dell’assicurato che comporteranno, a far tempo dalla data dell’intervenuta modifica, la risoluzione di diritto del contratto e la restituzione al Contraente del premio pagato e non goduto, al netto delle imposte di legge. 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 del Codice Civile e rinuncia al relativo diritto di recesso previsto dal citato art.1897; la diminuzione del premio conseguente ai casi previsti dal presente articolo decorrerà con effetto dall’annualità successiva.

**ART. 7 REVISIONE DEL PREZZO**

1. Al verificarsi delle ipotesi di variazione del rischio previste all’articolo *DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO – VARIAZIONE DEL RISCHIO*, la Società, decorsi almeno 180 giorni dall’inizio dell’assicurazione, potrà segnalare al Contraente il verificarsi delle ipotesi di modifiche del rischio previste all’articolo *DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO – VARIAZIONE DEL RISCHIO* e richiedere motivatamente, ai sensi dell’art. 106 del D.Lgs.50/2016 ss.mm.ii., la revisione del premio o delle condizioni contrattuali.
2. Il Contraente, entro 30 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 a decorrere dalla nuova annualità.

In caso di disaccordo, si applica quanto previsto al successivo articolo *RECESSO*.

**ART. 8 RECESSO**

In caso di mancato accordo ai sensi dell’articolo *REVISIONE DEL PREZZO* tra le parti, la Società può recedere dal contratto di assicurazione. Il recesso decorre dalla scadenza dell’annualità.

La facoltà di recesso si esercita entro 30 giorni dalla richiesta di cui al punto a) dell’articolo *REVISIONE DEL PREZZO* presentata dalla Società ovvero, nei casi di cui al punto b) del medesimo articolo, entro 30 giorni dalla ricezione 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 periodo massimo di 120 giorni. Il Contraente contestualmente provvede a corrispondere l’integrazione del premio.

**ART. 9 DICHIARAZIONI INESATTE E RETICENZE SENZA DOLO O COLPA GRAVE**

Nell’ipotesi di cui all’art. 1893, comma 1, del Codice Civile, in assenza di dolo o colpa grave, il diritto di recesso della Società potrà avvenire, fermo restando l’obbligo della dichiarazione da farsi al Contraente nei 90 giorni successivi al giorno in cui la Società ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, secondo la procedura di cui agli articoli *REVISIONE DEL PREZZO* e *RECESSO* e con decorrenza del termine di cui al punto b) del citato articolo *REVISIONE DEL PREZZO* dalla ricezione della citata dichiarazione.

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 dall’art. 1893, comma 2, del Codice Civile, al pagamento dell’indennizzo per l’intero, salvo che tale inesattezza della dichiarazione o la reticenza non abbia influito direttamente sul sinistro stesso.

**ART. 10 RECESSO DAL CONTRATTO IN CASO DI SINISTRO**

Dopo ogni sinistro e fino al sessantesimo giorno dalla definizione (pagamento o rifiuto di un indennizzo) dei rapporti tra le Parti, la Società ed il Contraente hanno facoltà di recedere dal contratto con preavviso di 120 (centoventi) giorni da darsi con lettera raccomandata, PEC in firma digitale. Il computo dei 120 giorni decorre dalla data di ricevimento della suddetta raccomandata da parte del ricevente. In ambedue i casi di recesso la Società rimborserà al Contraente i ratei di premio pagati e non goduti, escluse le imposte, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso.

In caso di risoluzione anticipata del contratto la Società si impegna a trasmettere al Contraente, contestualmente alla comunicazione di recesso, le informazioni utili sulla sinistrosità pregressa.

**ART. 11 MODIFICHE DELL’ASSICURAZIONE**

La polizza e le eventuali modifiche dell’assicurazione devono essere accettate dalle parti e provate per iscritto.

**ART. 12 ALTRE ASSICURAZIONI**

A parziale deroga dell’art. 1910 del Codice Civile, il Contraente è esonerato dall’obbligo di comunicare alla Società l’esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio.

In caso di sinistro, il Contraente dovrà denunciare l'esistenza/stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio, comunicando a ciascuno il nominativo degli altri.

Fermi restando i massimali e limiti di polizza, qualora il rischio oggetto della presente assicurazione risulti garantito in tutto o in parte anche da altri assicuratori, essa sarà operante solo a esaurimento dei massimali previsti dalle altre assicurazioni, nonché per la parte di rischio non coperta dalle medesime.

**ART. 13 GESTIONE DEL CONTRATTO**

Il Contraente dichiara di avere affidato la gestione della presente polizza alla Società Aon S.p.A., iscritta alla Sezione B, di cui al Registro Unico degli Intermediari, ai sensi dell’art. 109, D. Lgs. 209/2005 e ss.mm.ii.. L’Assicurato 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, la Società dà atto che ogni comunicazione fatta dal Contraente e/o 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 e/o assicurato stesso. Si precisa che qualora le comunicazioni del Contraente comportassero una modifica contrattuale impegneranno la Società 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 ss.mm.ii. e all’art. 55 del regolamento IVASS 05/2006 ss.mm.ii., il Broker è autorizzato a incassare i premi. La Società, pertanto, 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 del Codice Civile del pagamento così effettuato.

La remunerazione del Broker è a carico della Società ed è parte dell’aliquota pari al 8% sul premio imponibile, riconosciuta dalla Società alla propria rete di vendita diretta; non potrà quindi, in ogni caso, rappresentare un costo aggiuntivo per l’Ente. Tale remunerazione sarà trattenuta all'atto del pagamento del premio, effettuato dallo stesso Broker, alla Società.

La Società prende altresì atto che non appena scadrà il contratto di brokeraggio assicurativo stipulato dal Contraente con il citato Intermediario, il Contraente stesso comunicherà alla Società il nominativo dell’eventuale nuovo soggetto affidatario dell’infranominato servizio, nonché le condizioni praticate da quest’ultimo.

**Gestione del contratto in presenza di Corrispondente/Coverholder**

Con la sottoscrizione del presente contratto di assicurazione si prende atto che il Contraente conferisce mandato di rappresentarlo, ai fini del presente contratto di assicurazione, al Broker indicato nella *SCHEDA DI POLIZZA,* e di cui all’articolo precedente, il quale si avvale per il piazzamento del Corrispondente/ Coverholder indicato nella *SCHEDA DI POLIZZA*. Pertanto:

1. ogni comunicazione effettuata al Broker dal Corrispondente/Coverholder si considererà come effettuata all’assicurato o al Contraente;
2. ogni comunicazione effettuata dal Broker al Corrispondente/Coverholder, si considererà come effettuata dall’assicurato o dal Contraente.

La Società conferisce mandato al Corrispondente/Coverholder di ricevere e trasmettere la corrispondenza relativa al presente contratto di assicurazione. Pertanto:

1. ogni comunicazione effettuata dal Broker al Corrispondente/Coverholder, si considererà come effettuata alla Società;

bb) ogni comunicazione effettuata dal Corrispondente/Coverholder al Broker, si considererà come effettuata dalla Società.

**ART. 14 ONERI FISCALI**

Le imposte e tutti gli altri oneri stabiliti per legge, presenti e futuri, relativi al premio e agli atti da esso dipendenti, sono a carico del Contraente anche se il pagamento sia stato anticipato dalla Società.

**ART. 15 FORMA DELLE COMUNICAZIONI**

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente, l’assicurato e la Società sono tenuti devono essere fatte per iscritto mediante email, lettera raccomandata~~,~~ PEC (posta elettronica certificata). La comunicazione di disdetta o recesso deve essere effettuata mediante raccomandata o PEC direttamente dalla Società al Contraente, e viceversa, mettendo in copia conoscenza il Broker.

**ART. 16 FORO COMPETENTE – ELEZIONE DI DOMICILIO**

Per le controversie riguardanti l’applicazione e l’esecuzione della presente assicurazione, è competente, a scelta del Contraente, il foro ove ha sede lo stesso oppure l’assicurato, fatto salvo quanto previsto dal D.Lgs. 28/2010 ss.mm.ii.

La Società può eleggere un domicilio diverso dalla propria sede legale per la notifica dei sinistri o degli atti giudiziari.

**ART. 17 INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO**

In caso di interpretazione dubbia delle clausole del presente contratto di assicurazione, le medesime vanno interpretate nel senso più favorevole all’assicurato e/o Contraente.

**ART. 18 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE**

Il presente contratto è regolato dalla legge italiana. Per quanto non disciplinato dalle presenti condizioni contrattuali, valgono unicamente le norme di legge e regolamentari vigenti.

**ART. 19 TRATTAMENTO DEI DATI**

Ai sensi della normativa vigente (Regolamento UE 679/2016 D.Lgs. 196/2003 ss.mm.ii.), ciascuna delle parti (Contraente, Società, Broker, assicurato) consente il trattamento dei dati personali rilevabili dalla polizza o che ne derivino, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali.

**ART. 20 COASSICURAZIONE E DELEGA**

In caso di coassicurazione l'assicurazione è ripartita per quote tra gli assicuratori indicati nel riparto allegato. In caso di sinistro, la Società delegataria ne gestirà e definirà la liquidazione e le Società coassicuratrici, che si impegnano ad accettare la liquidazione definita dalla Società delegataria, concorreranno nel pagamento in proporzione della quota da esse assicurata, ferma restando la responsabilità solidale in capo ad ogni coassicuratore. In ogni caso la delegataria si impegna a emettere atto di liquidazione per l’intero importo del sinistro e a rilasciare all’avente diritto quietanza per l’ammontare complessivo dell’indennizzo. Con la sottoscrizione della presente polizza, le coassicuratrici danno mandato alla delegataria a firmare, anche per loro nome e per loro conto, ogni appendice, modifica, integrazione, estensione di garanzia, variazione di massimale, somma assicurata e quant’altro. Pertanto, la firma apposta dalla delegataria rende validi a ogni effetto i successivi documenti anche per le coassicuratrici.

**SEZIONE III**

**RISCHI COPERTI**

**Art.1 – Oggetto dell’assicurazione**

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio delle attività dichiarate dal Contraente.

L’assicurazione vale altresì per le garanzie di cui ai seguenti artt. 2, 3, 4, 5, della presente Sezione purché richiamate per le singole categorie di Assicurati alla Sezione 6.

Si ritengono invece automaticamente prestate per tutti gli Assicurati le garanzie di cui ai restanti articoli della presente Sezione. E’ considerata “morte” anche lo stato di “coma irreversibile” conseguente ad infortunio.

Sono compresi in garanzia anche:

1. l'asfissia non di origine morbosa, soffocamento da ingestione di solidi e/o liquidi;
2. gli avvelenamenti o le intossicazioni e/o lesioni conseguenti ad ingestione od assorbimento di sostanze o alimenti, anche aventi origine traumatica;
3. contatto con acidi o corrosivi;
4. le affezioni, alterazioni patologiche conseguenti a calci e/o morsi di animali, rettili, aracnidi, nonché ustioni, punture di insetti, contatto con piante e/o vegetali in genere, nonché le infezioni (comprese quelle tetaniche), esclusa la malaria; sono comprese anche le affezioni, alterazioni, patologiche conseguenti a tutti i predetti casi;
5. l'annegamento;
6. l'assideramento ed il congelamento;
7. la folgorazione e scariche elettriche in genere, anche conseguenti ad azione del fulmine;
8. i colpi di sole o di calore o di freddo ed altre conseguenze termiche ed atmosferiche;
9. le lesioni (esclusi gli infarti) determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico;
10. gli infortuni derivanti da aggressioni in genere, nonché quelli per legittima difesa o per dovere di solidarietà umana;
11. 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;
12. gli infortuni sofferti e/o derivanti da malore ed incoscienza;
13. gli infortuni riportati durante il servizio militare, la partecipazione a squadre antincendio e protezione civile;
14. le lesioni sofferte in conseguenza di comportamenti colposi degli assicurati e del Contraente ai sensi dell’art. 1900 del C.C. fatto salvo il caso di dolo del Contraente, nonché in stato di malore od incoscienza o conseguenti a colpi di sonno o vertigini;
15. gli infortuni subiti durante i viaggi aerei (rischio volo);
16. gli infortuni derivanti da imprudenza, imperizia e negligenza anche gravi;
17. gli infortuni derivanti dall'uso o guida di tutti i veicoli a motore e non, natanti, compresa la salita e la discesa su/dal mezzo di trasporto, veicolo e natante, per gli infortuni subiti, in caso di fermata e/o sosta del veicolo, durante le operazioni necessarie per la ripresa della marcia;
18. gli infortuni causati da calamità e forze della natura compresi terremoto, maremoto, eruzione vulcanica, alluvioni, straripamenti, inondazioni, frane, allagamenti, neve, grandine, smottamenti, valanghe, slavine;
19. gli infortuni causati da influenze termiche ed atmosferiche;
20. gli infortuni sofferti sotto l’effetto di sostanze stupefacenti, purché l’assunzione abbia comprovato carattere terapeutico, ma con esclusione di quelli subiti alla guida di veicoli e/o natanti in genere;
21. ernie addominali da sforzo e strappi muscolari derivanti da sforzo;
22. ernie traumatiche;
23. la “morte presunta”.

**Art.2 – Rimborso spese mediche e farmaceutiche (valida ove richiamata)**

La Società garantisce fino alla concorrenza del massimale espresso per la singola categoria nell’apposita scheda della Sezione 6 e per sinistro, il rimborso delle spese per: onorari dei medici, dei chirurghi e di ogni altro soggetto componente l’equipe operatoria, diritti di sala operatoria, materiale di intervento, interventi chirurgici anche ambulatoriali, rette di degenza in ospedali e istituti/case di cura, analisi ed accertamenti medico-legali e diagnostici, strumentali, esami di laboratorio, compresa l’artroscopia diagnostica ed operativa, terapie fisiche, apparecchi terapeutici ed endoprotesi, visite mediche, specialistiche, cure oculistiche, applicazione di apparecchi gessati, bendaggi, docce di immobilizzazione, acquisto di medicinali, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici ortopedici sostitutivi di parti anatomiche, acustici e sanitari incluse carrozzelle ortopediche, impianti cocleari, nonché per cure odontoiatriche, odontotecniche e protesi dentarie, e le spese per cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), le spese farmaceutiche resesi necessarie a seguito dell’infortunio. Sono comprese le spese per acquisto di lenti, comprese quelle a contatto, resesi necessarie a seguito di infortunio o danno oculare, con il sotto limite di € 600,00.

La Società effettua il pagamento di quanto dovuto su presentazione, in originale, delle relative notule, distinte e ricevute, debitamente quietanzate.

Il pagamento viene effettuato a cura ultimata. Per le spese sostenute all’estero, i rimborsi verranno eseguiti in Italia, in valuta italiana al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall’Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell’Ufficio Italiano dei Cambi.

# Art.3 – Diaria di ricovero (valida ove richiamata)

La Società corrisponde, in caso di infortunio o malattia indennizzabile ai termini della presente polizza, l’indennità giornaliera per ogni giorno di degenza, con il limite massimo di gg 365, 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.

**Art.4 – Diaria di gessatura (valida ove richiamata)**

La Società corrisponde, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza che comporti l’applicazione di apparecchio gessato o di tutori immobilizzanti equivalenti, l’indennità giornaliera per ogni giorno di effettiva applicazione dell’apparecchio gessato o del tutore immobilizzante equivalente, fino ad un massimo di gg 60.

# Art.5 – Diaria per inabilità temporanea (valida ove richiamata)

La Società corrisponde, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza che comporti una inabilità dell’Assicurato ad attendere le sue occupazioni professionali o abituali, l’indennità giornaliera per un periodo massimo di 365 giorni, a decorrere dalle 24:00 del giorno dell’infortunio fino alle 24:00 dell’ultimo giorno di inabilità.

La presente garanzia vale altresì per le spese sostenute dall’Assicurato conseguenti a malattia contratta per ragioni di servizio solo nel caso venga contemporaneamente attivata la garanzia “Malattie contratte in servizio e per cause di servizio” di cui all'art. 6 della presente Sezione.

**Art. 6 – Malattie contratte in servizio e per cause di servizio (operante per i Volontari + Gruppo locale di Protezione Civile e /o Associazioni convenzionate)**

L'assicurazione viene estesa ai sensi delle Leggi in vigore anche alle malattie contratte in servizio e per cause di servizio che abbiano per conseguenza la morte e l'invalidità permanente. L'operatività della garanzia è subordinata alla condizione che la malattia insorga nel corso del rapporto assicurativo e si manifesti al massimo entro un anno dalla data di cessazione del rapporto stesso.

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

Sono escluse dalla garanzia anche le malattie derivanti da contagio da COVID-19 o da qualsiasi altra patologia causata da sindrome respiratoria acuta coronavirus 2 (SARS-CoV 2) (in precedenza nota come 2019-nCoV), o da qualsiasi patologia causata da ogni mutazione o variazione del SARS-CoV 2.

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

# Art.7 – Spese di pronto soccorso e/o trasporto a carattere sanitario

La Società rimborsa, fino al limite di € 3.000,00=, le spese di pronto soccorso (anche se non consumate in Istituto di cura) e/o per il trasporto con qualsiasi mezzo ritenuto idoneo dal luogo dell’infortunio ad un Istituto di Cura attrezzato, il trasporto tra Istituti di Cura e dall’Istituto di Cura al domicilio dell’Assicurato a mezzo auto-ambulanza.

La presente garanzia vale altresì per le spese sostenute dall’Assicurato conseguenti a malattia contratta per ragioni di servizio solo nel caso venga contemporaneamente attivata la garanzia “Malattie contratte in servizio e per cause di servizio” di cui all'art. 6 della presente Sezione.

**Art.8 – Rientro sanitario**

La Società rimborsa, fino al limite di €. 3.000,00=, le spese sostenute dall'Assicurato in caso di infortunio che lo colpisca nel corso di una missione o viaggio disposto dal Contraente e che renda necessario il suo trasporto con qualsiasi mezzo ritenuto idoneo in istituto di cura attrezzato in Italia.

La presente garanzia vale altresì per le spese sostenute dall’Assicurato conseguenti a malattia contratta per ragioni di servizio solo nel caso venga contemporaneamente attivata la garanzia “Malattie contratte in servizio e per cause di servizio” di cui all'art. 6 della presente Sezione.

# Art.9 – Rimpatrio salma (valido in Italia e all’Estero)

La Società rimborsa, fino al limite di €. 3.000,00= per Assicurato, le spese sostenute per il rimpatrio della salma dell'Assicurato, in caso di decesso a seguito di infortunio o malattia che lo colpisca nel corso di una missione o viaggio disposto dal Contraente, fino al luogo di sepoltura.

**Art.10 – Danni estetici**

Si conviene che in caso di infortunio non escluso dalle Condizioni della presente polizza, che produca conseguenze di carattere estetico, 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 €. 12.000,00= per evento.

**Art.11 – Rischio aeronautico**

L'assicurazione comprende gli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei effettuati in qualità di passeggero di velivoli ed elicotteri eserciti da società di traffico regolare, esclusivamente durante il trasporto di passeggeri, ed è prestata per le somme corrispondenti a quelle assicurate con la presente polizza e per rischi da essa previsti. Restano in ogni caso esclusi i voli effettuati su velivoli ed elicotteri eserciti da aeroclubs.

Il cumulo delle somme assicurate, con questa garanzia o con altre assicurazioni, da chiunque stipulate a favore degli stessi Assicurati per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni, non potrà superare le somme assicurate:

* €.2.000.000,00= per il caso di invalidità permanente
* €.2.000.000,00= per il caso morte
* €. 500,00= al giorno per inabilità temporanea

per persona e di:

* €.6.000.000,00 = per il caso di invalidità permanente
* €.6.000.000,00 = per il caso di morte
* €. 10.000,00 = al giorno per inabilità temporanea

complessivamente per aeromobile.

In detta limitazione per aeromobile rientrano i capitali riferentesi ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze infortuni, unicamente se stipulate dallo stesso Contraente.

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

**Art.12 – Servizio militare**

Per quanto riguarda il personale alle dirette dipendenze dell’Ente, durante il servizio militare di leva, il servizio sostitutivo, l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale l'assicurazione resta valida ma non comprende gli infortuni subiti durante le attività militari così come definite in precedenza.

L’assicurazione è invece operante nei confronti di coloro che esplicano il servizio sostitutivo di quello militare di leva quali addetti ai corpi di polizia municipale, nonché quali volontari del servizio civile.

**Art.13 – Rischio guerra**

A parziale deroga del disposto dell’Art.1 Sezione 4, la garanzia viene estesa agli infortuni avvenuti all'estero (escluso comunque il territorio della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino) derivanti da stato di guerra civile, guerra, invasione, atti nemici, ostilità (sia che la guerra sia dichiarata e non dichiarata), per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di eventi bellici mentre si trova all'estero.

**Art.14 – Responsabilità civile del Contraente**

La Società assicura il Contraente per il caso in cui l’Assicurato o, nell’ipotesi di morte, i suoi beneficiari o soltanto alcuni di essi non accettino, quale completa tacitazione per l’infortunio, l’indennizzo liquidato ai sensi della presente polizza ed avanzino nei confronti del Contraente stesso maggiori pretese a titolo di responsabilità civile.

Verificandosi tale caso il predetto indennizzo viene accantonato per essere computato nel risarcimento e la Società risponde della maggiore somma che il Contraente fosse tenuto a pagare fino alla concorrenza di un ulteriore importo pari a quello dell’indennizzo stesso.

Qualora il Contraente abbia stipulato per le medesime persone polizza di Responsabilità Civile, la presente garanzia è operante solo per l’eventuale eccedenza del danno rispetto al massimale assicurato a titolo di Responsabilità Civile.

La presente garanzia non è operante quando:

* l’infortunio non è indennizzabile ai sensi della polizza;
* l’infortunio è indennizzabile ai sensi della norma “Rischio aeronautico”.

Le disposizioni contenute nel presente articolo potranno non essere applicate su richiesta scritta alla Società da parte del Contraente.

**Art.15 – Ernie e lesioni da sforzo**

La garanzia è estesa alle ernie ed alle lesioni in genere conseguenti a sforzo.

Per le ernie operabili viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 2% della somma assicurata per la Invalidità Permanente.

Per le ernie non operabili, l’indennizzo viene computato in base alla tabella INAIL precedentemente indicata, fermo restando un limite massimo di risarcimento pari al 10% della somma assicurata per la Invalidità Permanente.

**Art. 16 - Elevazione dell'indennità assicurata in caso di morte da aggressione**

La Società, per il solo caso di morte determinata da aggressione, atti di terrorismo o attentato, ai danni delle persone assicurate, corrisponderà il capitale assicurato in polizza per il caso di morte, maggiorato del 50%.

**Art. 17 – Servizio protezione civile**

L’assicurazione è operante anche durante l’espletamento di incarichi e/o servizi di protezione civile svolti dagli Assicurati su incarico e/o autorizzazione dell’Ente Contraente.

**SEZIONE IV**

**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, salvo quanto previsto all’art.13 Sezione 3;
2. durante la guida e l'uso quale passeggero di mezzi di locomozione aerea e la guida di mezzi subacquei, salvo quanto previsto all’art. 11, Sezione 3;
3. in conseguenza di dolo o di azioni delittuose dell'Assicurato, salvo che per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
4. in conseguenza diretta od indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
5. 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;
6. a parziale deroga dell’art. 1, sez. 3, derivanti da atti terroristici posti in essere tramite l’uso di sostanze nucleari, biologiche, batteriologiche o chimiche, qualunque sia il tipo di arma e/o ordigno e/o congegno utilizzato per portare a termine l’azione. Sono comunque esclusi dalla garanzia tutti gli infortuni derivanti da atti terroristici cui l’Assicurato abbia partecipato in modo volontario.
7. derivanti da contagio da COVID-19 o da qualsiasi altra patologia causata da sindrome respiratoria acuta coronavirus 2 (SARS-CoV 2) (in precedenza nota come 2019-nCoV), o da qualsiasi patologia causata da ogni mutazione o variazione del SARS-CoV 2.

**Art.2 – Persone escluse dall’assicurazione o non assicurabili**

Non sono coperte dalla presente polizza (salvo ove diversamente specificato nelle categorie di Assicurati), a prescindere dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniacodepressive o stati paranoici. L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi. Tuttavia, ove l’assicurazione sia prestata sulla base di disposizioni di Legge o in applicazione di CCNL, norme, le richiamate esclusioni non saranno operanti.

**SEZIONE V**

**GESTIONE DEI SINISTRI**

## Art.1 – Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennità 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

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 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.

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) INVALIDITA' 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 per tale titolo e solo in questo caso una indennità calcolata sulla somma assicurata al momento dell'infortunio per l'invalidità permanente, come segue:

la valutazione del grado di Invalidità Permanente sarà effettuata facendo riferimento alla Tabella allegata al D.L. n. 38/2000 e ss.mm.ii. con rinuncia alle franchigie relative stabilite, nonché alle successive eventuali modificazioni ed integrazioni, 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.

In caso di valutazione della Invalidità Permanente di grado pari o superiore al 50% (salvo ove diversamente specificato alle singole Categorie di Assicurati), 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 indennizzabilità per più diarie, è data facoltà all’Assicurato, di scegliere la liquidazione di quella avente durata o importo liquidabile maggiore.

e) SPESE MEDICHE

La Società, in caso d’infortunio rientrante nella garanzia prestata, anche se non determinante la morte o l’invalidità permanente, rimborsa all’Assicurato, fino alla concorrenza dell’importo convenuto con il massimo di quanto stabilito alla Sezione 6, le spese sostenute.

Le spese verranno liquidate a presentazione di fatture, notule, ecc.. La liquidazione potrà avvenire anche se non si è verificata la completa guarigione dell’Assicurato.

## Art.2 – Valutazione del danno - Controversie

L’ammontare del danno è concordato direttamente dalla Società, o da un fiduciario da essa designato, con l’Assicurato e/o il Contraente, o persona da esso designata.

Le divergenze sul grado di invalidità permanente, nonché sull’applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dalla presente polizza, possono essere 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 dove 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.

Una volta richiesta la convocazione del collegio medico da parte dell’Assicurato, con l'indicazione del nome del medico designato, l’Impresa è tenuta a comunicare all'Assicurato, entro trenta giorni dalla richiesta, il nome del medico che essa a sua volta avrà designato.

Ciascuna delle parti, Assicurato e Società, sostiene le proprie spese e remunera il medico designato da essa, mentre la Società contribuirà interamente alle spese ed alle competenze del terzo medico**.** È facoltà del Collegio medico 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 provvisionale 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, le quali rinunciano fin d’ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali. I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti. Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri arbitri nel verbale

## Art.3 – 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. L'indennità viene corrisposta in Italia in Euro.

**Art.4 - Rinuncia all'azione di surroga**

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

**Art.5 – Anticipi indennizzi**

A seguito di un infortunio indennizzabile contrattualmente, e dietro specifica richiesta dell’Assicurato, la Compagnia è tenuta ad anticipare il risarcimento sino ad un massimo di Euro 25.000,00, sempreché sia presumibile una invalidità permanente liquidabile superiore al 5% di quella totale.

## Art. 6 – Denuncia del sinistro e relativi obblighi

La denuncia di sinistro dovrà essere indirizzata per iscritto al Broker, o all’Agenzia a cui è assegnata la polizza o alla Società, entro 30 giorni da quando il Settore dell’Ente Contraente, competente alla gestione del contratto, ne ha avuto conoscenza scritta o dal momento in cui l’Assicurato od i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità, ai sensi ed a parziale deroga dell’Art. 1913 del C.C.

La denuncia dell'infortunio dovrà contenere l'indicazione del luogo, del giorno e dell'ora dell'evento, nonché le cause che lo hanno determinato, ed essere corredata, se ricorre il caso, da certificato medico e/o del pronto soccorso.

Successivamente il Contraente o l'Assicurato, deve inviare periodicamente e sino a guarigione avvenuta, certificati medici sul decorso delle lesioni, nonché le fatture, notule e ogni altro documento comprovante le spese mediche o farmaceutiche sostenute e rimborsabili.

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.

## Art. 7 - Cumulo di indennità

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

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

**Art. 8 - Obbligo di fornire dati sull’andamento del rischio**

La Società, entro i 60 giorni successivi ad ogni scadenza semestrale, si impegna a fornire al Contraente il dettaglio dei sinistri così suddiviso:

1. sinistri denunciati (con indicazione della data dell’evento, del nome del danneggiato, della data della richiesta di risarcimento, della tipologia e descrizione dell’evento stesso);
2. sinistri riservati (con indicazione del numero e dell’importo a riserva);
3. sinistri liquidati (con indicazione del numero e dell’importo liquidato);
4. sinistri respinti e/o chiusi senza seguito (per quelli respinti mettendo a disposizione, se richiesto, le motivazioni scritte).

La documentazione di cui sopra dovrà essere fornita al Contraente mediante supporto informatico (file excel), editabile ed utilizzabile dal Contraente stesso.

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. In particolare, nel caso in cui la Società esercitasse la facoltà di recesso di cui all’art. “Recesso dal contratto in caso di Sinistro” (se operante) o la facoltà di disdetta annuale di cui all’art. “Durata dell’assicurazione, rinnovo, proroga, disdetta” (se operante), la statistica dettagliata dei sinistri deve essere fornita in automatico dalla Società non oltre 30 giorni di calendario dalla data in cui il recesso è stato inviato.

Le predette statistiche possono essere richieste anche successivamente alla scadenza della Polizza, fino alla definizione di tutte le pratiche.

La Società si impegna a trasmettere l’aggiornamento dei sinistri non oltre 30 giorni di calendario dalla ricezione della richiesta inviata via fax o posta elettronica del Contraente e/o dal Broker.

**SEZIONE VI**

**LIMITI DI INDENNIZZO, FRANCHIGIE, CATEGORIE, GARANZIE E CAPITALI ASSICURATI, CALCOLO DEL PREMIO**

**Art.1 –Limiti di indennizzo e franchigie**

La Compagnia non liquiderà indennizzi superiori ad € 10.000.000,00 = qualora il sinistro coinvolga più persone.

In caso di sinistro indennizzabile a termini di polizza, agli Assicurati verrà corrisposto l’indennizzo previsto dal presente contratto senza applicazione di alcuna franchigia, salvo quanto previsto all’Art.9 malattie contratte per ragioni di servizio Sezione 3), quanto diversamente normato alle singole Categorie di Assicurati e salvo quanto di seguito indicato.

Limitatamente agli Assicurati di età:

- superiore a 80 anni, non si farà luogo ad indennizzo per Invalidità Permanente quando questa sia di grado inferiore al 3%;

- superiore a 85 anni, non si farà luogo ad indennizzo per Invalidità Permanente quando questa sia di grado inferiore al 5%.

Qualora invece l’invalidità risultasse superiore a tali percentuali, l’indennizzo verrà corrisposto per la parte eccedente.

Nel caso in cui l’invalidità fosse superiore al 50% della totale, le franchigie suddette si intenderanno abrogate.

#### Art.2 Categorie, garanzie e capitali assicurati

L’assicurazione è prestata alle condizioni tutte della presente polizza per gli Assicurati, ovvero per le persone appartenenti alle categorie qui di seguito evidenziate nonché per le garanzie e capitali assicurati specifici della singola categoria, a valere per assicurato e per sinistro.

#### 2.1 Assicurati: Amministratori

L’Assicurazione copre gli infortuni occorsi agli Amministratori dell’Ente per qualsiasi attività espletata in connessione con il mandato conferitogli, ivi compresi i rischi della circolazione su qualsiasi mezzo, gli infortuni sofferti salendo o scendendo sui/dai mezzi di trasporto, nonché il rischio “in itinere”. L'assicurazione vale anche per gli infortuni subiti, in caso di sosta o fermata del mezzo, durante le operazioni necessarie per la ripresa della marcia. La Società, per il solo caso di morte determinata da aggressione, atti di terrorismo o attentato, ai danni delle persone assicurate, corrisponderà in aggiunta all’indennità prevista in polizza, un’ulteriore somma pari al 50% di quella assicurata per il medesimo titolo.

La presente assicurazione è operante anche durante l’espletamento di incarichi e/o servizi di Protezione Civile svolti per incarico del Contraente.

|  |  |
| --- | --- |
| **Garanzia** | **Capitali assicurati €** |
| Caso Morte | 260.000,00 |
| Caso Invalidità Permanente | 260.000,00 |
| Spese mediche e farmaceutiche  | 10.000,00 |
| Diaria di ricovero | 100,00 |

2.2 Assicurati: Infortuni conducenti e trasportati di/su veicolo privato, veicolo di proprietà del Contraente, di proprietà di terzi ed in uso esclusivo al Contraente, in locazione o comodato al Contraente

L'assicurazione è operante per gli infortuni che gli Assicurati (il Segretario, il Direttore, i dipendenti tutti, nonchè le persone autorizzate dal Contraente), subiscano in occasione di trasferte, missioni o per adempimenti di servizio fuori dall'ufficio, durante la guida di veicoli di loro proprietà e/o di proprietà di terzi, nonché di veicoli di proprietà del Contraente o in sua disponibilità a qualsiasi titolo (ad esempio comodato, locazione, uso esclusivo ecc..), limitatamente al tempo strettamente necessario per l'esecuzione di dette prestazioni, tale garanzia è estesa anche alle persone di cui sia autorizzato il trasporto.

Sono garantiti anche gli infortuni sofferti salendo o scendendo sui/dai mezzi di trasporto. L'assicurazione vale anche per gli infortuni subiti, in caso di sosta o fermata del mezzo, durante le operazioni necessarie per la ripresa della marcia.

Da tale Categoria si intende escluso il Personale addetto al Corpo della Polizia Municipale, compreso il Comandante, in quanto Assicurati alla Categoria 2.6)

|  |  |
| --- | --- |
| **Garanzia** | **Capitali assicurati €** |
| Caso Morte | 155.000,00= |
| Caso Invalidità Permanente | 155.000,00= |
| Spese mediche e farmaceutiche  | 10.000,00= |

**2.3 Assicurati: Collaboratori in genere**

L'assicurazione copre ogni infortunio che possano subire i collaboratori in genere che prestano attività di supporto ai servizi comunali, come ad es: pulizia e piccola manutenzione, giardinaggio, sorveglianza, regolazione e direzione traffico (ad es. "nonni vigili"), accompagnamento minori (ad es. “servizio pedibus”), nonché ogni altra attività, nessuna esclusa ed eccettuata, prevista da accordi, convenzioni, contratti d’opera od altri atti specifici del Contraente. Sono garantiti anche gli addetti ed i lavoratori socialmente utili e/o di pubblica utilità per gli infortuni subiti nello svolgimento delle attività e/o funzioni e/o mansioni in genere rientranti nell’insieme delle attività che il Contraente può legittimamente esercitare per propria autonomia statutaria e potestà regolamentare, nonché per delega o trasferimento dallo Stato o dalla Regione. Sono compresi i rischi della circolazione su qualsiasi mezzo ed il rischio “in itinere”.

|  |  |
| --- | --- |
| **Garanzia** | **Capitali assicurati €** |
| Caso Morte  | 80.000,00= |
| Caso Invalidità Permanente  | 80.000,00= |
| Spese mediche e farmaceutiche | 1.000,00= |
| Diaria da ricovero  | 25,00= |

**2.4 Assicurati: Volontari**

L'assicurazione copre ogni infortunio che possano subire i volontari in genere (esclusi gli addetti alla Protezione Civile), compresi i volontari che prestano la loro opera all’interno di associazioni dove il Comune è patrocinatore o comunque vi partecipa, durante lo svolgimento di qualsiasi attività, nessuna esclusa ed eccettuata, prevista da accordi, convenzioni, contratti d’opera od altri atti specifici del Contraente. Sono altresì compresi i genitori dei bambini che frequentano gli asili e scuole materne che prestano lavori di piccola manutenzione (non di tipo strutturale). Sono compresi i rischi della circolazione su qualsiasi mezzo ed il rischio “in itinere”. L’assicurazione copre inoltre ogni infortunio che possano subire i ragazzi (indicativamente dai 14 ai 29 anni) impiegati in attività di volontariato in collaborazione con enti e associazioni del terzo settore, per lo svolgimento delle seguenti attività: attività culturali; promozione di eventi; utilizzo dei social; distribuzione pasti alla Caritas; affiancamento ai bibliotecari; animazione con bambini piccoli; attività di documentazione fotografica.

|  |  |
| --- | --- |
| **Garanzia** | **Capitali assicurati €** |
| Caso Morte  | 80.000,00= |
| Caso Invalidità Permanente  | 80.000,00= |
| Spese mediche e farmaceutiche | 1.000,00= |
| Diaria da ricovero  | 25,00= |

**2.5 Assicurati: Iscritti agli istituti educativi comunali e bimbi/genitori dei centri ludici e dei centri per le famiglie**

L’assicurazione copre ogni infortunio che possa occorrere ai minori frequentanti gli istituti educativi comunali nello svolgimento delle attività scolastiche. L’Assicurazione è prestata altresì per il rischio “in itinere”. Sono compresi gli infortuni che possano occorrere a tutti gli utenti delle attività di pre/post scuola, comprese feste di fine scuola organizzate e/o gestite e/o patrocinate e/o predisposte dal Contraente, dalla scuola o dai centri di formazione professionale, compresi quindi stages, gite ricreative ed educative, attività ginniche e sportive in genere, servizio pedibus, quando anche gli utenti e/o partecipanti alle predette attività non siano iscritti agli istituti educativi comunali. L’assicurazione copre anche ogni infortunio che possa occorrere ai frequentanti, a titolo esemplificativo e non limitativo, i centri per le famiglie, i centri diurni per bambini/ludoteche, i corsi per minori, con specifica che vengono frequentati anche da ragazzi di età sino a 14 anni, nonché dei genitori e/o accompagnatori in genere. Ad integrazione dell’art.2, Sez. 3, la Società garantisce altresì il rimborso dei pasti per i genitori che assistono il ricovero del minore.

Relativamente alle “Spese mediche e farmaceutiche da infortunio” la garanzia opera fino alla concorrenza

del massimale assicurato per le spese non riconosciute dal Servizio Sanitario Nazionale e sostenute per le

prestazioni previste alla Sezione 3) – artt. 2) e7).

Nel caso in cui l’Assicurato non si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società effettua il rimborso

nella misura dell’80% delle spese effettivamente sostenute.

|  |  |
| --- | --- |
| **Garanzia** | **Capitali assicurati €** |
| Caso Morte  | 100.000,00= |
| Caso Invalidità Permanente  | 150.000,00= |
| Diaria da ricovero | 50,00= |
| Spese mediche e farmaceutiche | 10.000,00= |

**2.6 Assicurati: Personale addetto al Corpo della Polizia Municipale**

L’assicurazione è operante per gli infortuni subiti dal personale addetto al Corpo della Polizia Municipale, compreso il Comandante, durante lo svolgimento dell’attività professionale per conto dell’Amministrazione comunale, compresi gli infortuni occorsi a bordo di veicoli (ad es. autovetture, cicli, ciclomotori, motocicli, velocipedi, etc.) e/o natanti, incluso il rischio “in itinere”.

L’assicurazione è operante anche quando il Corpo di Polizia Municipale, svolge la propria attività di sorveglianza, a mezzo di unità cinofile.

|  |  |
| --- | --- |
| **Garanzia** | **Capitali assicurati €** |
| Caso Morte  | 105.000,00= |
| Caso Invalidità Permanente  | 105.000,00= |
| Diaria per inabilità temporanea (max 180 giorni per sinistro) | 20,00= |

**PREMESSA ALLE CATEGORIE SOTTOSTANTI**

Le Categorie sottoindicate sono attivabili su precisa richiesta dell’Ente durante la vigenza contrattuale.

Alla data di effetto del presente contratto le garanzie non saranno pertanto operanti e i relativi premi quotati in sede di gara non concorreranno alla determinazione del premio anticipato di polizza.

**2.7 Assicurati: Centri ricreativi estivi**

L'assicurazione copre i minori partecipanti ai Centri Ricreativi Estivi organizzati dal Contraente nonché i genitori e/o accompagnatori in genere, compreso il rischio in itinere ovvero il tragitto dal domicilio al luogo del Centro e viceversa con qualsiasi mezzo. Sono compresi gli animatori e gli accompagnatori.

Ad integrazione dell’art. 2, Sez. 3, la Società garantisce altresì il rimborso dei pasti per i genitori che assistono il ricovero del bambino.

Relativamente alle “Spese mediche e farmaceutiche da infortunio” la garanzia opera fino alla concorrenza del massimale assicurato per le spese non riconosciute dal Servizio Sanitario Nazionale e sostenute per le prestazioni previste alla Sezione 3) – artt. 2) e 7).

Nel caso in cui l’Assicurato non si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società effettua il rimborso nella misura dell’80% delle spese effettivamente sostenute.

|  |  |
| --- | --- |
| **Garanzia** | **Capitali assicurati €** |
| Caso Morte  | 150.000,00= |
| Caso Invalidità Permanente | 150.000,00= |
| Spese mediche e farmaceutiche  | 3.000,00= |

**2.8 Assicurati: Partecipanti a manifestazioni ludiche per bambini / nuclei familiari (durata 7 – 10 gg.)**

L'assicurazione copre i minori, nonché i genitori e/o accompagnatori in genere, partecipanti alle manifestazioni organizzate dal Contraente (per es: Estate Bambini), compreso il rischio “in itinere”. Sono compresi gli animatori.

Ad integrazione dell’art. 2, Sez. 3, la Società garantisce altresì il rimborso dei pasti per i genitori che assistono il ricovero del bambino.

Relativamente alle “Spese mediche e farmaceutiche da infortunio” la garanzia opera fino alla concorrenza del massimale assicurato per le spese non riconosciute dal Servizio Sanitario Nazionale e sostenute per le prestazioni previste alla Sezione 3) – artt. 2) e 7).

Nel caso in cui l’Assicurato non si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società effettua il rimborso nella misura dell’80% delle spese effettivamente sostenute.

La garanzia di Invalidità Permanente opera con l’applicazione di una franchigia assoluta del 3%.

|  |  |
| --- | --- |
| **Garanzia** | **Capitali assicurati €** |
| Caso Morte  | 150.000,00= |
| Caso Invalidità Permanente | 150.000,00= |
| Spese mediche e farmaceutiche  | 3.000,00= |

**Art.3 – Calcolo del premio**

Il Contraente versa, a titolo di deposito premio convenuto, l'importo riportato nella tabella “elementi per il calcolo del premio” rappresentante il totale degli importi per singola categoria calcolati sulla base dei tassi e premi sotto riportati.

Al termine di ogni annualità la Società provvederà, sulla base degli elementi variabili di polizza presi come base per la determinazione del premio, a redigere la regolazione del premio nei termini di cui all’Art. 5 della Sezione 1) di polizza.

**ELEMENTI PER IL CALCOLO DEL PREMIO**

|  |
| --- |
| **COMUNE DI FERRARA** |
| Assicurati | **Tipo dato** | **Montante dato**  | **Premio annuo lordo pro-capite, pro-giornata, pro km, pro veicolo** | **Premio annuo lordo di categoria****€** |
| 2.1 Amministratori | n. Assicurati | 42 |  |  |
| 2.2 Conducenti e trasportati di/su veicolo privato e di/su veicolo di proprietà dell’Ente, di terzi ed in uso esclusivo all’Ente, in locazione, comodato all’Ente | n. veicoli Ente n. km veicoli privati  | 14910.000 (La garanzia è prestata su un numero convenzionale di kilometri percorsi con dato non soggetto a regolazione, per tanto il premio è da considerarsi flat limitatamente al parametro dei kilometri) |  |  |
| 2.3 Collaboratori in genere  |  Numero assicurati | 10 |  |  |
| 2.4 Volontari | N. giornate/presenza  | 1.200 |  |  |
| 2.5 Iscritti agli istituti educativi comunali e bimbi/genitori dei centri ludici e dei centri per le famiglie  | n. Assicurati | 1.800 |  |  |
| 2.6: Personale addetto al Copro della Polizia Municipale | n. Assicurati  | 153 |  |  |
| 2.7 Centri ricreativi estivi | n. Assicurati | 501 |  |  |
| 2.8Partecipanti a manifestazioni ludiche per bambini / nuclei familiari  | n. Assicurati  | 29 |  |  |

Scomposizione del premio:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Premio annuo imponibile** | € | **.=** |
| **Imposte** | € | **.=** |
| **TOTALE** | € | **.=** |

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

Il Contraente versa, a titolo di deposito premio convenuto, l'importo riportato nella tabella “elementi per il calcolo del premio” rappresentante il totale degli importi per singola categoria calcolati sulla base dei tassi e premi sotto riportati.

Al termine di ogni annualità la Società provvederà, sulla base degli elementi variabili di polizza presi come base per la determinazione del premio, a redigere la regolazione del premio nei termini di cui all’Art. 5 della Sezione 1) di polizza.

**ELEMENTI PER IL CALCOLO DEL PREMIO**

# Art.4 – Riparto di coassicurazione

Il rischio viene ripartito tra le seguenti Società secondo le percentuali qui di seguito indicate:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Società** | **Agenzia** | **Percentuale di ritenzione** |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Art.5 – Disposizione finale**

Rimane convenuto che si intendono operanti solo le presenti norme dattiloscritte.

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

**Il Contraente (firma)**

**La Società delegataria (firma) Le coassicuratrici (firma)**