

COMUNE DI TERNI

Lotto n.4

Polizza INFORTUNI CUMULATIVA

CIG

**Durata: dalle ore 24,00 del 01.01.2019
alle ore 24,00 del 31.12.2019**

DEFINIZIONI

Nel testo che segue, si intendono per:

Assicurazione:	il contratto di assicurazione
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 dall'assicurazione
Società:	l'impresa assicuratrice
Premio:	la somma dovuta dal Contraente alla Società
Sinistro:	il fatto verificatosi durante il periodo di efficacia dell'assicurazione
Infortunio:	l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, un'invalità permanente oppure una inabilità temporanea
Indennizzo:	la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro
Scoperto/Franchigia:	la parte di danno che rimane a carico dell'Assicurato
Rischio:	la probabilità che si verifichi il sinistro
Beneficiario:	il soggetto al quale, in caso di morte dell'Assicurato, deve essere pagata la somma garantita
Invalità permanente:	la diminuita capacità o la perdita definitiva ed irrimediabile della capacità generica ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato
Inabilità temporanea:	la perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato di attendere alle attività professionali dichiarate
Ricovero:	la degenza in Istituto di cura che comporti almeno un pernottamento
Malattia:	ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio
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, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno

Gessatura:

ogni mezzo di contenzione rigido costituito da fasce gessate od altro apparecchio di contenimento comunque immobilizzante prescritto da personale medico. Sono compresi i bendaggi elastici anche se adesivi limitatamente al trattamento o riduzione di una frattura radiograficamente accertata

Sezione 1 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

ART. 1 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DI RISCHIO

In deroga agli artt.1892, 1893, 1894, 1898 C.C. l'omissione di dichiarazioni o comunicazioni da parte del Contraente/Assicurato di una circostanza aggravante il rischio, così come le incomplete ed inesatte dichiarazioni all'atto della stipulazione della polizza o durante il corso della medesima, nonché qualsiasi errore ed omissione non intenzionale od involontario dello stesso, dei suoi amministratori e delle persone di cui deve rispondere a norma di legge, non pregiudicheranno questa assicurazione, sempreché tali omissioni od inesatte dichiarazioni siano avvenute in buona fede.

Resta inteso che il Contraente avrà l'obbligo di corrispondere alla Società il maggior premio proporzionalmente al maggior rischio che ne deriva, con decorrenza dal momento in cui la circostanza aggravante si è verificata.

ART. 2 - PROVA DEL CONTRATTO - FORMA DELLE COMUNICAZIONI

La polizza e le sue eventuali modifiche devono essere provate per iscritto.

Tutte le comunicazioni tra le Parti dovranno avvenire a mezzo lettera, raccomandata e non, raccomandata a mano, telegramma, telefax o altro mezzo telematico ed avranno effetto dalla data di invio, quando questa sia rilevabile.

ART.3 - DURATA DEL CONTRATTO

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del 01.01.2019 alle ore 24 del 31.12.2019, senza tacito rinnovo alla scadenza finale. Si conviene che le Parti hanno la facoltà di recedere dal contratto dalla prima scadenza annuale con lettera raccomandata da inviarsi con almeno 150 (centocinquanta) giorni di anticipo rispetto a ciascuna scadenza anniversaria.

La Società si impegna a concedere una proroga temporanea della presente assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche, per un periodo massimo di 150 giorni decorrenti dalla scadenza, finalizzata all'espletamento delle procedure di gara per l'aggiudicazione della nuova assicurazione, purché la richiesta del Contraente avvenga con un preavviso non inferiore ai 15 giorni.

ART. 4 - PAGAMENTO DEL PREMIO

Premesso che il pagamento della presente polizza avviene in un'unica soluzione all'atto della stipula, si conviene che a parziale deroga dell'art. 1901 C.C. il Contraente/Assicurato è tenuto al pagamento del premio entro 60 giorni dalla data di decorrenza della polizza, fermo restando l'effetto dell'operatività della copertura dalle ore 24 del giorno indicato in polizza. Trascorso infruttuosamente tale termine, la copertura avrà effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Il termine di 60 giorni vale anche per il pagamento di appendici comportanti un premio alla firma.

Se il Contraente/Assicurato non paga i premi per le rate successive l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 60° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento ferme le successive scadenze (art. 1901 C.C.).

I premi potranno essere pagati alla Direzione della Società o alla sede dell'Agenzia alla quale è assegnata la polizza.

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

- l'Assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuate dal Contraente ai sensi del D. M. E. F. del 18 gennaio 2008 n° 40, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'art. 3 del Decreto;
- il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'art. 72-bis del DPR 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 C.C. nei confronti della Società stessa.

ART. 4 A – DICHIARAZIONI INESATTE E RETICENZE SENZA DOLO O COLPA GRAVE

Nell'ipotesi di cui all'art. 1893, comma 1 c.c., in assenza di dolo o colpa grave, il diritto di recesso dell'Assicuratore potrà avvenire, fermo restando l'obbligo della dichiarazione da farsi all'Amministrazione nei tre mesi successivi al giorno in cui l'Assicuratore ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.

ART. 5- MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

Art. 6 – VARIAZIONE DEL RISCHIO

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.

Qualsiasi elemento intervenuto successivamente all'aggiudicazione del contratto, che comporti una variazione del rischio deve essere comunicato immediatamente, ovvero entro 15 giorni dall'intervenuta conoscenza, per iscritto all'Assicuratore. Le variazioni che devono essere comunicate possono concernere, a titolo esemplificativo, i mutamenti interni all'organizzazione dell'Amministrazione contraente (variazione significativa del numero dei dipendenti, adozione di strumenti di riduzione del rischio, delibere dell'Amministrazione contraente che impattano sulle competenze e sulle funzioni svolte).

L'Amministrazione contraente non è tenuta a comunicare per iscritto le variazioni del rischio derivanti da sopravvenienze normative ovvero da modifiche degli orientamenti giurisprudenziali.

A) Aggravamento del rischio

L'Assicurato deve dare comunicazione scritta agli Assicuratori di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti e non accettati dagli Assicuratori possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione (art. 1898 C.C.).

B) Diminuzione del rischio

Nel caso di diminuzione del rischio, gli Assicuratori sono tenuti a ridurre il Premio o le rate di Premio successive alla comunicazione dell'Assicurato (art. 1897 C.C.) e rinunciano al relativo diritto di recesso. Si conviene inoltre che la diminuzione del premio conseguente ai casi previsti dal presente articolo sarà immediata e la Società rimborserà la relativa quota di premio pagata e non goduta, escluse le imposte.

ART. 7 - RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, le Parti possono recedere dall'assicurazione con preavviso di 30 giorni da darsi con lettera raccomandata A.R.

In ambedue i casi di recesso, la Società, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto delle imposte, relativa al periodo di rischio non corso.

Non è ammesso il recesso della Società dalla garanzia di singoli rischi o parti dell'assicurazione, salvo esplicita accettazione da parte del Contraente/Assicurato e conseguente riduzione del premio.

ART. 8 - ONERI FISCALI

Tutti gli oneri, presenti e futuri, relativi al premio, agli indennizzi, alla polizza ed agli atti da essa dipendenti, sono a carico del Contraente anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

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

ART. 9 - FORO COMPETENTE

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

ART. 10 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

ART. 11 - INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO

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

Sezione 2 - NORME CHE REGOLANO L' ASSICURAZIONE INFORTUNI

ART. 14 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L' assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento delle attività indicate nelle singole categorie alla successiva Sezione 3 "RISCHI ASSICURATI, CATEGORIE E SOMME ASSICURATE".

ART. 15 - ESCLUSIONI

Sono esclusi dall' assicurazione gli infortuni derivanti:

- a) dalla guida di veicoli e natanti a motore, se l' assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- b) dall' uso, anche come passeggero, di aeromobili (compresi deltaplani ed ultra leggeri), salvo quanto disposto dall' art. 16;
- 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 o insurrezioni;
- h) da movimenti tellurici, inondazioni o eruzioni vulcaniche;
- i) da trasformazioni o assestamenti energetici dell' atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- l) da infarti e da ernie di qualsiasi tipo
- k) da atti di terrorismo, ma solo come conseguenza dell' utilizzo di armi di distruzione di massa nucleari, chimiche e biologiche.

ART. 16 - RISCHIO VOLO

L' assicurazione vale per gli Infortuni che l' Assicurato subisca durante i viaggi in aereo, turistici o di trasferimento, effettuati in qualità di passeggero su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti, tranne che:

- da Società/Azienda di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;
- da aeroclubs.

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

per persona:

- euro 2.582.284,50 per il caso di Morte
- euro 2.582.284,50 per il caso di Invalidità Permanente

- euro 516,46 per il caso di Inabilità Temporanea

per aeromobile:

- euro 10.329.137,99 per il caso di Morte
- euro 10.329.137,99 per il caso di invalidità Permanente
- euro 5.164,57 per il caso di Inabilità Temporanea

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

ART. 17 - SERVIZIO MILITARE

Durante il servizio militare di leva in tempo di pace o durante il servizio sostitutivo dello stesso l' assicurazione resta sospesa limitatamente alla garanzia di inabilità temporanea e prosegue per le altre garanzie e per le rispettive indennità previste in polizza.

Comunque, entro 15 giorni dalla prima scadenza di premio - o rata di premio - successiva all' inizio del servizio , il Contraente ha diritto di chiedere la sospensione dell' assicurazione fino al termine del servizio medesimo.

ART. 18 – LIMITE 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.

ART. 19 - PERSONE NON ASSICURABILI

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

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

ART. 20 - ESTENSIONI TERRITORIALI

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

ART. 21- CRITERI DI INDENNIZZABILITA'

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

ART. 22 - MORTE

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

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

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

differenza tra l'indennizzo per morte – se superiore – e quello già pagato per invalidità permanente.

ART. 23 - 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 1 del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge.

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

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

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

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

ART. 24 - INABILITA' TEMPORANEA

L'indennizzo per inabilità temporanea è dovuto:

a) integralmente, per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle sue occupazioni;

b) al 50% per ogni giorno in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle sue occupazioni.

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

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

ART. 25- DIARIA DA RICOVERO

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

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

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

ART.26 - RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO

La Società rimborsa agli assicurati, in caso di infortunio risarcibile a termini di polizza, il costo delle cure mediche sostenute, fino a concorrenza, per ogni evento, dell'importo indicato sulla scheda di rischio:

Per cure mediche si intendono:

- Spese ospedaliere o cliniche;
- Onorari a medici e chirurghi;
- 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 in genere e spese farmaceutiche;
- Spese per la prima protesi, escluse comunque le protesi dentarie.

Rimangono espressamente escluse le spese sostenute per operazioni di plastica, salvo quelle rese necessarie per eliminare o contenere il grado di invalidità permanente.

Qualora gli Assicurati fruiscano di altre analoghe prestazioni assicurative (sociali o private), la garanzia vale per l'eventuale eccedenza di spese da questa non rimborsate.

ART. 27 - MODALITA' DI VALUTAZIONE DEL DANNO - CONTROVERSIE

In caso di divergenza sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni, sul grado o durata dell'inabilità temporanea e sulla loro entità, le Parti si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato a decidere, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, a un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici. Il Collegio medico risiede presso la sede del Contraente.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da esso designato, contribuendo per metà alle spese e competenze del terzo medico.

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

ART. 28 - ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI

Poiché la presente assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 C.C.

ART. 29 - DIRITTO DI SURROGAZIONE

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

Sezione 3 - RISCHI ASSICURATI, CATEGORIE E SOMME ASSICURATE

CAT. A) AMMINISTRATORI

L'assicurazione è prestata per gli infortuni verificatisi a causa ed in occasione dell'espletamento di tutte le attività e funzioni connesse alla carica, ivi comprese quelle esercitate in Enti o Società collegate e/o controllate dal Contraente.

E' incluso il "rischio in itinere" nonché tutti gli spostamenti necessari all'espletamento degli incarichi loro assegnati, effettuati anche con mezzi di trasporto pubblici e privati.

Sono quindi esclusi dalla garanzia gli infortuni verificatisi nell'espletamento dell'attività professionale privata di ciascun Assicurato, e quelli relativi a qualsiasi attività extraprofessionale, comunque non collegata alla carica.

La garanzia si intende prestata sulla base dei seguenti capitali assicurati:

Somme Assicurate	
Morte	Euro 200.000,00
Invalidità Permanente	Euro 200.000,00
Diaria da Ricovero	Euro 25,00
Inabilità Temporanea	Euro 25,00
Rimborso Spese Mediche da Infortunio	Euro 5.500,00

CAT. B) INFORTUNI CONDUCENTI MEZZI DI PROPRIETA' O IN USO ALL'ENTE

Infortunati subiti da conducenti e dalle persone di cui sia autorizzato il trasporto durante il viaggio, per la forzata sosta e la ripresa della marcia per tutti i mezzi di trasporto di proprietà o in uso all'Ente. Sono compresi in garanzia anche la salita e la discesa dagli automezzi.

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

La presente polizza è rivolta alla copertura di lesioni o decesso del conducente addetto alla guida e delle persone di cui sia stato autorizzato il trasporto per i rischi non compresi nell'assicurazione obbligatoria di terzi (ex legge 990) .

La garanzia si intende prestata sulla base dei seguenti capitali assicurati:

Somme Assicurate:

Morte:	Euro 200.000,00
Invalità Permanente:	Euro 200.000,00
Rimborso Spese Mediche da Infortunio	Euro 2.500,00

CAT. C) DIPENDENTI IN MISSIONE

La garanzia deve intendersi prestata in ottemperanza agli obblighi di legge derivanti al Contraente, di garantire i dipendenti per gli infortuni subiti durante lo svolgimento della missione o adempimenti di servizio fuori ufficio, qualora sia autorizzato l'utilizzo di mezzi di trasporto, purché non intestati al PRA a nome del Contraente, limitatamente al tempo necessario per l'esecuzione delle prestazioni relative.

L'assicurazione garantisce anche gli infortuni alle persone di cui sia stato autorizzato il trasporto.

La copertura inizia dall'effettivo inizio del viaggio, indipendentemente se esso avvenga dall'abitazione (anche occasionale) dell'Assicurato stesso o dalla sede di lavoro; la copertura termina al ritorno dell'Assicurato ad una delle predette sedi di partenza.

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

La presente polizza è rivolta alla copertura di lesioni o decesso del conducente addetto alla guida e delle persone di cui sia stato autorizzato il trasporto per i rischi non compresi nell'assicurazione obbligatoria di terzi (ex legge 990) .

La garanzia si intende prestata sulla base dei seguenti capitali assicurati:

Somme Assicurate

Morte:	Euro 200.000,00
Invalità permanente:	Euro 200.000,00
Rimborso Spese Mediche da Infortunio	Euro 2.500,00

CAT. D) MINORI AFFIDATI A FAMIGLIE

I minori e non, anche portatori di handicaps, che tramite i Servizi Sociali del Comune di Terni vengono temporaneamente affidati ad altre famiglie.

L'assicurazione vale per gli infortuni subiti dall'assicurato durante ed in occasione la permanenza presso la famiglia affidataria e durante i trasferimenti resi necessari per l'espletamento delle attività svolte dai Servizi Sociali e purché effettuati con mezzi di trasporto del Comune o dal Comune autorizzati.

La garanzia si intende prestata sulla base dei seguenti capitali assicurati:

Somme Assicurate	
Morte:	Euro 25.000,00
Invalità permanente:	Euro 50.000,00
Rimborso Spese Mediche	Euro 2.500,00

Sezione 4 - CONDIZIONI PARTICOLARI

Si precisa che sono considerati infortuni anche:

- asfissia non di origine morbosa;
- soffocamento da ingestione di solidi e/o liquidi;
- avvelenamenti o intossicazioni conseguenti ad ingestione o assorbimento di sostanze, o aventi origine traumatica;
- affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi, le punture vegetali, nonché le infezioni tutte conseguenti ad eventi risarcibili a termini di polizza;
- ustioni in genere, nonché il contatto con corrosivi;
- annegamento;
- assideramento o congelamento;
- folgorazione e scariche elettriche in genere;
- colpi di sole o di calore o di freddo;
- lesioni (esclusi gli infarti) determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico.

L'assicurazione vale anche per gli infortuni:

- sofferti in stato di maleore o incoscienza o conseguenti a vertigini;
- derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- derivanti da influenze termiche ed atmosferiche;
- conseguenti a colpi di sonno;
- derivanti da aggressioni in genere;
- derivanti dall'uso o guida di ciclomotori e motocicli di qualunque cilindrata, trattori e macchine agricole semoventi, veicoli a motore e natanti, a condizione che l'Assicurato - in caso di guida - sia in possesso, ove prescritto, di regolare patente di abilitazione alla guida medesima;
- derivanti da atti di temerarietà, soltanto se compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa.

A) EVENTI SOCIOPOLITICI

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

B) CALAMITA' NATURALI

A parziale deroga di quanto previsto all'art. 15 - Esclusioni, 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.

C) COLPA GRAVE

L'assicurazione vale anche per gli infortuni derivanti da colpa grave dell'Assicurato.

D) RISCHIO GUERRA

A parziale deroga di quanto previsto all'Art. 15 - Esclusioni, 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 o non), 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.

E) INFEZIONI TRAUMATICHE CONTRATTE DURANTE OPERAZIONI CHIRURGICHE

L'assicurazione vale anche per le infezioni (malattie virali, infezioni, epatite, H.I.V., AIDS e simili) conseguenti a trauma e/o contatto subito durante l'attività svolta per conto del Contraente.

L'operatività della garanzia è subordinata alla denuncia dell'infortunio entro 30 giorni dal fatto e dovrà essere allegata alla denuncia analisi del sangue comprovante la sieronegatività per le patologie suindicate; l'Assicurato dovrà tenersi disponibile alle eventuali analisi successive che la Società riterrà opportuno richiedergli e dette analisi dovranno essere praticate non oltre 30 giorni dalla denuncia di infortunio.

In caso di negatività, il test per H.I.V., epatite virali B e C dovrà essere ripetuto entro 180 giorni.

Qualora anche quest'ultimo test risultasse negativo, si procederà all'accertamento definitivo al termine di 1 anno dall'evento per il solo H.I.V.

F) RISCHIO IN ITINERE

La garanzia comprende il rischio in itinere, cioè gli infortuni che possono colpire gli Assicurati durante:

- il tragitto dall'abitazione (anche occasionale) al luogo di lavoro e viceversa;
- il tragitto dalla sede dove viene svolta la loro attività fino al raggiungimento di altre sedi e viceversa

purché questi infortuni avvengano durante il tempo necessario a compiere il percorso per via ordinaria e con gli abituali mezzi di locomozione, tanto privati che pubblici.

G) ERNIE TRAUMATICHE O DA SFORZO - ERNIE ADDOMINALI

A parziale deroga delle Condizioni Generali di Assicurazione, l'assicurazione è estesa, limitatamente ai casi di invalidità permanente e di inabilità temporanea, quest'ultima sempre che sia prevista dal contratto, alle ernie addominali da sforzo e traumatiche, con l'intesa che:

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

H) FRANCHIGIA SU INABILITA' TEMPORANEA

- Per le singole categorie si intenderanno applicabili le franchigie previste dal Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro.

I) LIQUIDAZIONE INVALIDITA' PERMANENTE

Per i casi di Invalidità Permanente conseguenti ad infortunio di grado non inferiore al 50% accertato con i criteri di indennizzabilità previsti dalle Condizioni Particolari di Assicurazione verrà corrisposto un indennizzo pari al 100% del capitale assicurato

L) MALATTIE PROFESSIONALI

Nei casi in cui la copertura sia resa obbligatoria in forza di Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro l'Assicurazione viene estesa anche alle malattie professionali che si manifestino nel corso della validità del presente contratto e che producano la morte o riducano l'attitudine al lavoro.

La valutazione dell'Invalidità Permanente da malattia professionale e la liquidazione dei rispettivi indennizzi, saranno effettuati in conformità alle disposizioni contenute nel D.P.R. 1124 del 30/6/1965, con l'intesa che gli indennizzi stessi saranno pagati in capitale anziché in rendita.

Qualora, in conseguenza di una malattia professionale o di infortunio, l'attitudine al lavoro

dell'Assicurato risulti permanentemente ridotta in modo tale da non consentire la prosecuzione del rapporto di impiego con analoghe mansioni, la somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente verrà liquidata al 100% (cento per cento).

M) ANTICIPO INDENNIZZO

Qualora a seguito di infortunio fosse quantificata un'Invalidità Permanente di grado superiore al 20% la Società metterà a disposizione, quale anticipo indennizzo, il 50% dell'importo presumibilmente indennizzabile, con il massimo di euro 50.000,00.

N) REGOLAZIONE PREMIO

Il premio, convenuto in base ad elementi di rischio variabili, viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo e della minore durata del contratto, secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio.

A tale scopo, entro 120 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o della minore durata del contratto, il Contraente deve fornire per iscritto alla Società i dati necessari per la regolazione del premio e cioè l'indicazione degli elementi variabili contemplati in polizza, nel periodo di riferimento.

Per quanto riguarda la categoria D) Minori affidati alle famiglie il Contraente procederà a comunicare il numero dei minori dati in affido per ciascun mese al fine di procedere alla regolazione premio rispetto al numero di minori preventivato per ogni mese e pari a 40.

Le differenze attive o passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei 60 giorni dalla ricezione da parte del Contraente della relativa appendice di regolazione, formalmente ritenuta corretta.

In caso di mancata comunicazione dei dati di regolazione o di mancato pagamento del premio di conguaglio, la Società fissa un ulteriore termine non inferiore a 30 giorni dandone comunicazione scritta a mezzo lettera raccomandata; le garanzie si intenderanno sospese a decorrere dal trentesimo giorno dalla ricezione della stessa.

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 di sospensione delle garanzie. La Società ha il diritto di effettuare in qualsiasi momento verifiche e controlli per i quali il Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e la documentazione necessaria.

O) MORTE PRESUNTA

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

- a) siano trascorsi 180 giorni dalla data in cui risale l'ultima notizia dell'Assicurato;
- b) possa ragionevolmente desumersi che la morte è avvenuta per un evento indennizzabile ai sensi di polizza.

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

P) DIABETE

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

Q) UBRIACHEZZA

A parziale deroga di quanto indicato nell'art. 15 – Esclusioni, l'assicurazione vale anche per gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza, esclusi comunque quelli conseguenti ad ubriachezza, esclusi comunque quelli subiti alla guida di veicoli e/o natanti in genere.

R) ESONERO DALL' OBBLIGO DI DENUNCIA DI INFERMITA' MUTILAZIONI O DIFETTI FISICI

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

In caso di infortunio, resta comunque espressamente confermato il disposto dell'Art. 21 delle C.G.A..

S) ESONERO DENUNCIA GENERALITA' DEGLI ASSICURATI

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

T) DEROGA DENUNCIA ALTRE ASSICURAZIONI

In deroga a quanto disposto dalle C.G.A. , il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le altre eventuali assicurazioni che i singoli Assicurati avessero in corso o stipulassero in proprio con altre Società.

U) ATTI DI TERRORISMO

A parziale deroga delle Condizioni di Assicurazione, la garanzia è estesa agli infortuni derivanti da atti di terrorismo compiuti tramite armi e/o ordigni di tipo convenzionale.

Non sono compresi in garanzia gli infortuni 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 in cui l'Assicurato vi abbia partecipato in modo volontario.

E' definito atto di terrorismo, una qualsiasi azione violenta fatta col supporto dell'organizzazione di uno o più gruppi di persone (anche se realizzato da una persona singola) diretta ad influenzare qualsiasi governo e/o terrorizzare l'intera popolazione o una parte importante di esse, allo scopo di raggiungere un fine politico o religioso o ideologico o etnico.

V) 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 risarcimento a titolo di invalidità permanente, la Compagnia rimborserà comunque le spese sostenute dall'Assicurato per le cure e per gli interventi, anche chirurgici effettuati allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico. La presente garanzie deve intendersi prestata sino alla concorrenza di Euro 5.200,00 per evento.

W) RIENTRO SANITARIO (valido in Italia e all'estero)

La garanzia è estesa al rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato in caso di infortunio o malattia che lo colpiscano nel corso di una missione di lavoro disposta dal Contraente e che rendano necessario il suo trasporto in ospedale o casa di cura in Italia, fino al limite di € 3.000,00 per evento.

Y) RIMPATRIO DELLA SALMA (valido in Italia e all'estero)

La garanzia è estesa al rimborso delle spese sostenute per il rimpatrio della salma dell'Assicurato in caso di decesso a seguito di infortunio o malattia avvenuto nel corso di una missione di lavoro disposta dal Contraente, fino al luogo di sepoltura, fino al limite di € 2.000,00 per evento.

Sezione 5 - PROCEDURA SINISTRI

ART. 1 - DENUNCIA DELL'INFORTUNIO E OBBLIGHI RELATIVI

In deroga a quanto disposto dall'Art. 1913 del Codice Civile, il Contraente/Assicurato, in caso di sinistro deve darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure direttamente alla Società, entro 30 giorni da quando l'ufficio addetto alla gestione dei contratti assicurativi del Contraente/Assicurato stesso ne sia venuto a conoscenza. 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.

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

Art. 2) LIQUIDAZIONE DELL'INDENNITA'

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

Il diritto all'indennità per Invalidità Permanente è di carattere personale, quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato morisse, dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Società pagherà ai beneficiari l'importo liquidato od offerto.

Inoltre, se dopo il pagamento di una indennità per Invalidità Permanente ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo l'Assicurato morisse, la Società corrisponderà ai beneficiari la differenza fra l'indennità pagata ed il capitale assicurato per il caso di Morte ove questa fosse superiore e non chiederà il rimborso nel caso contrario.

Art. 3) OBBLIGHI DELLA SOCIETA' NELLA GESTIONE DEI SINISTRI

Entro tre mesi dalla scadenza contrattuale, entro i 30 giorni solari successivi, l'Assicuratore, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di riservatezza dei dati personali, si impegna a fornire all'Amministrazione contraente l'evidenza dei sinistri denunciati a partire dalla prima decorrenza del contratto. Tale elenco dovrà essere fornito in un formato standard digitale aperto tramite file modificabili, e non modificabili, e dovrà riportare per ciascun sinistro:

- il numero del sinistro attribuito dall'Assicuratore;
- la data di accadimento dell'evento;
- la data della denuncia;
- la tipologia dell'evento;
- l'indicazione dello stato del sinistro secondo la seguente classificazione e con i dettagli di seguito indicati:
 - a) sinistro agli atti, senza seguito;
 - b) sinistro liquidato in data _____ con liquidazione pari a € _____;
 - c) sinistro aperto, in corso di verifica con relativo importo stimato pari a € _____.

L'Assicuratore si impegna a fornire ogni altra informazione disponibile, relativa al contratto assicurativo in essere che l'Amministrazione, d'intesa con l'Assicuratore, ritenga utile acquisire nel corso della vigenza del contratto. Al riguardo l'Amministrazione deve fornire adeguata motivazione.

Art. 4) RIPARTIZIONE DELL'ASSICURAZIONE E DELEGA

L'assicurazione è ripartita per quote tra le Società indicate nel riparto allegato.

Resta confermato che in caso di sinistro ognuna delle Coassicuratrici concorrerà al pagamento dell'indennizzo in proporzione alla quota da essa assicurata, esclusa ogni responsabilità solidale.

La Spettabile _____, all'uopo designata Coassicuratrice Delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle Coassicuratrici indicate nel riparto a firmare gli atti sopraindicati anche in loro nome e per conto e ciò vale anche per il presente atto.

Pertanto, le comunicazioni inerenti alla polizza (ivi comprese le comunicazioni relative al recesso ed alla disdetta) devono trasmettersi dall'una all'altra parte solo per il tramite della Spettabile _____, la cui firma in calce di eventuali futuri atti impegnerà anche le Coassicuratrici che in forza della presente clausola ne conferiscono mandato.

Nel caso in cui il contratto di assicurazione sia aggiudicato ad associazione temporanea di imprese, costituitasi in termini di legge, si deroga totalmente al disposto dell'art. 1911 C.C., essendo tutte le imprese sottoscrittrici responsabili in solido nei confronti del Contraente.

La delega assicurativa è assunta dalla Compagnia indicata dal raggruppamento di imprese quale mandataria. Non è consentita l'associazione anche in partecipazione od il raggruppamento temporaneo d'imprese concomitante o successivo all'aggiudicazione della gara.

Sezione 6 - Obblighi inerenti la tracciabilità dei flussi finanziari in base alla Legge n. 136/2010

- a La Società appaltatrice è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi di tracciabilità previsti dalla legge n. 136/2010 e s.m.i.
- b Nel caso in cui la Società, nei rapporti nascenti con i propri eventuali subappaltatori, subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, abbia notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria di cui all'art. 3 della legge n. 136/2010 ne dà immediata comunicazione alla Stazione Appaltante ed alla Prefettura-ufficio territoriale del Governo della Provincia ove ha sede la Stazione appaltante.
- c L'Amministrazione può verificare, in occasione di ogni pagamento all'appaltatore e con interventi di controllo ulteriori, l'assolvimento da parte dello stesso, dei subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, agli obblighi relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari.
- d La Società s'impegna a fornire ogni documentazione atta a comprovare il rispetto, da parte propria nonché dei subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, degli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla legge n. 136/2010.
- e Secondo quanto previsto dall'art. 3 comma 9 bis della legge n. 136/2010, il mancato utilizzo del bonifico bancario o postale ovvero degli altri strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni, nelle transazioni finanziarie relative a pagamenti effettuati dagli appaltatori, subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, costituisce causa di risoluzione del contratto ai sensi dell'art. 1456 c.c.. La risoluzione si verifica quando la parte interessata dichiara all'altra che intende valersi della presente clausola risolutiva. La risoluzione, in base all'art. 1458 c.c., non si estende alle obbligazioni della Società derivanti da sinistri verificatisi antecedentemente alla risoluzione del contratto.

DICHIARAZIONE

Ad ogni effetto di legge, nonché ai sensi dell'art. 1341 Codice Civile, il contraente e la Società dichiarano di approvare specificatamente le disposizioni degli articoli seguenti delle Condizioni di Assicurazione:

Art. 3 - Durata del contratto

Art. 4 - Pagamento del premio;

Art. 8 - Recesso in caso di sinistro

Art. 10 - Foro competente;