

ALLEGATO C - CIG

**LOTTO 3
CAPITOLATO SPECIALE
ASSICURAZIONE INFORTUNI**

CONTRAENTE

**COMUNE DI CASATENOVO
Piazza della Repubblica, 7
23880 CASATENOVO (LC)**

P.IVA 00631280138

EFFETTO: ore 24.00 del 31/12/2011
SCADENZA PRIMA RATA: ore 24.00 del 31/12/2012
SCADENZA CONTRATTO: ore 24.00 del 31/12/2013

DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intendono:

per SOCIETA'	l'impresa assicuratrice e le coassicuratrici;
per ASSICURAZIONE	il contratto di assicurazione;
per CONTRATTO DI ASSICURAZIONE	il documento che prova l'assicurazione;
per CONTRAENTE	il COMUNE DI CASATENOVO;
per ASSICURATO	il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione;
per PREMIO	la somma dovuta dal Contraente alla Società;
per RISCHIO	la probabilità che si verifichi il sinistro;
per INDENNITA'	la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro;
per INFORTUNIO	l'evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

ART. 1 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenti del Contraente e dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, non avvenute in buona fede possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 C.C.

ART. 2 - DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE-PAGAMENTO DEL PREMIO

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento. Le eventuali rate di premio successive devono essere pagate entro le ore 24.00 del 60° giorno dopo quello della scadenza.

Se il Contraente/Assicurato non paga entro tali termini, l'assicurazione resta sospesa e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'Art. 1901 C.C..

I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è stata assegnata la polizza oppure alla Società o al Broker.

Il rischio di cui al presente capitolato dovrà essere messo in copertura dalle ore 24.00 del 31/12/2011. A parziale deroga della clausola in oggetto, la Società aggiudicataria avrà il diritto al pagamento del premio annuo, o rata di premio, entro i 60 giorni successivi all'effetto della copertura.

ART. 3 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

ART. 4 - AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

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

ART. 5 - DIMINUZIONE DEL RISCHIO

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successivi alla comunicazione dell'Assicurato (art. 1897 C.C.) e rinunciano al relativo diritto di recesso.

ART. 6 - PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

Valutato il danno, verificata l'operatività della garanzia e ricevuta la necessaria documentazione, la Società provvede al pagamento dell'indennizzo.

ART. 7 - RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo il secondo sinistro nell'anno assicurativo e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, entrambe le Parti possono recedere dal contratto con preavviso di 30 giorni se la disdetta viene intimata dal Contraente, di 90 giorni se viene intimata dalla Società; se viene intimata dalla Società, essa, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio imponibile, 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 e conseguente immediata riduzione del premio.

ART. 8 - ONERI FISCALI

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

ART. 9 - CLAUSOLA BROKER – GESTIONE DEL CONTRATTO

Il Contraente dichiara di aver affidato, ai sensi del D. Lgs. n. 209/2005, la gestione del presente contratto alla Società di Brokeraggio assicurativo GPA SpA, con sede legale in Milano, Via Melchiorre Gioia 124, iscritta al RUI – Sezione B – con il n. 98643, Broker incaricato ai sensi del D. Lgs. n. 209/2005.

Si conviene, a parziale deroga delle norme di assicurazione, che tutti i rapporti inerenti il presente contratto saranno svolti tramite la Società GPA SpA, e in particolare:

- Il Broker provvede alla gestione il contratto, per conto del Contraente, fino a che il suo incarico rimane in vigore. È pertanto fatto obbligo al Contraente di comunicare alla Società l'eventuale modifica dell'incarico al Broker.
- Qualora la Società intenda procedere, presso il Contraente, ad ispezioni o accertamenti inerenti il rapporto assicurativo dovrà darne comunicazione al Broker, con preavviso di almeno 15 giorni, affinché lo stesso possa, ove lo ritenga, essere presente.
- Ad eccezione delle comunicazioni riguardanti la cessazione dell'assicurazione che debbono necessariamente essere fatte direttamente dalle parti, agli effetti dei termini fissati dalle norme di assicurazione, ogni comunicazione fatta dal Broker, in nome e per conto del Contraente, si intenderà come fatta dal Contraente. Parimenti, ogni comunicazione fatta dal Contraente al Broker si intenderà come fatta alla Società.
- La Società provvederà alla emissione del contratto e delle eventuali successive appendici ed entro 30 giorni dalla loro data di effetto li farà avere al Broker. La Società provvederà anche all'emissione dei documenti di rinnovo relativi alle rate di premio successive e li farà pervenire, almeno 15 giorni prima della scadenza al Broker. Alla cura del Broker è affidato l'incasso ed il perfezionamento dei suddetti documenti. In caso di mancato perfezionamento e/o incasso il Broker provvederà a restituire alla Società i documenti entro 30 giorni dal termine contrattualmente previsto per il pagamento dei premi. La polizza e le eventuali successive appendici, dovranno essere restituite alla Società dopo il perfezionamento e/o l'incasso; le copie di spettanza del Contraente verranno da questi trattenute all'atto del perfezionamento.
- Il pagamento effettuato dalla Contraente al Broker costituisce quietanza per il Contraente stesso. Il Broker invierà alla Società delegataria, a mezzo raccomandata, telefax o telegramma le relative comunicazioni d'incasso e la Società riterrà valida agli effetti della copertura assicurativa la data di spedizione risultante dal timbro postale o la data di invio del telefax. Tali comunicazioni d'incasso comporteranno automatica copertura del rischio anche per le quote delle Società Coassicuratrici che si impegnano a ritenerle valide.
- I premi incassati dal Broker verranno versati alla Società entro il giorno 10 del mese successivo a quello dell'incasso, fermi restando i termini temporali della copertura.
- Il Broker provvederà ad inviare alla Società regolare denuncia dei sinistri; la Società comunicherà al Broker il proprio numero di repertorio nonché, ove necessario, il nome e l'indirizzo del perito incaricato e comunicherà l'esito dei sinistri (senza seguito, importo riservato, importo liquidato).
- La Società comunicherà al Broker qualsiasi eccezione o riserva che venisse sollevata nel corso della liquidazione.

Al Broker dovranno essere corrisposte, ad esclusivo carico della/e delegataria/e e della/e eventuale/i compagnie coassicuratrici, le provvigioni nella misura del 12 %.

ART. 10 - FORO COMPETENTE

Foro competente, a scelta della parte attrice, è esclusivamente quella del luogo di residenza o sede del convenuto, ovvero quello del luogo ove ha sede l'agenzia cui è assegnata la polizza.

ART. 11 – DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE

Il presente contratto ha effetto dalle ore 24.00 del giorno 31/12/2011 fino alle ore 24.00 del 31/12/2013 e cesserà automaticamente alla scadenza senza obbligo di disdetta.

Il Contratto potrà essere disdetto dal Contraente/Assicurato a mezzo raccomandata A.R. inviata almeno un mese prima di ogni ricorrenza annuale.

E' facoltà del Contraente, entro 60 giorni antecedenti la scadenza, richiedere alla Società la proroga della presente assicurazione, fino al completo espletamento delle procedure di aggiudicazione della nuova assicurazione.

La Società si impegna a prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche in vigore, per un periodo massimo di 180 giorni ed il relativo rateo di premio dovrà essere anticipato in misura pari a 6/12 del premio dell'assicurazione.

ART. 12- RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

ART. 13 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione è prestata per gli infortuni subiti dagli Assicurati durante lo svolgimento delle attività professionali e/o mansioni per conto del contraente, quali individuate alla condizioni particolari di assicurazione.

Si intende compreso il rischio in itinere. La garanzia rischio in itinere comprende gli infortuni sofferti dagli Assicurati durante il tempo necessario a percorrere l'itinerario dalla propria abitazione al luogo di lavoro e viceversa, a piedi o con uso o guida di mezzi di locomozione o di trasporto in genere. Per i capitali e le garanzie prestate alle varie categorie vedasi le Condizioni Particolari di Assicurazione.

Sono compresi in garanzia anche:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti acuti di origine traumatica, da ingestione o assorbimento di sostanze;
- contatto con corrosivi;
- le affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi, esclusi il carbonchio, la malaria e le malattie tropicali;
- l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento;
- la folgorazione;
- i colpi di sole o di calore;
- le lesioni determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico;

e a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismi, attentati, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- gli infortuni derivanti da malore ed incoscienza;
- gli infortuni derivanti da imprudenza e negligenza anche gravi;
- gli infortuni 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 sia in possesso, ove prescritto, di regolare patente di abilitazione alla guida;
- gli infortuni subiti in conseguenza di calamità naturali costituite da terremoto, maremoto, eruzione vulcanica, alluvioni, inondazioni e fenomeni connessi;
- gli infortuni causati da influenze termiche ed atmosferiche;
- gli infortuni derivanti da abuso di alcolici, con l'esclusione di quelli subiti alla guida di veicoli e/o natanti in genere;
- gli infortuni derivanti dall'utilizzo di armi da fuoco.

ART. 14 - ESCLUSIONI

Salvo patto speciale non sono compresi nell'assicurazione gli infortuni derivanti da:

- a) 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;
- b) gli infortuni derivanti da guerra e insurrezioni, salvo quanto previsto all'Art. 15 - Rischio Guerra; da delitti dolosi compiuti o tentati all'Assicurato;
- c) gli infortuni che siano conseguenza diretta od indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo e di radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, e da esposizione a radiazioni ionizzanti;
- d) gli infortuni derivanti dall'abuso di psicofarmaci o da uso non terapeutico di stupefacenti od allucinogeni;

- e) gli infortuni occorsi in occasione di partecipazione ad imprese temerarie, salvo in quest'ultimo caso che si tratti di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- f) le conseguenze di operazioni chirurgiche e di accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio.

ART. 15 - ESTENSIONI DI GARANZIA

RISCHIO GUERRA

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), 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.

MORTE PRESUNTA

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termine del contratto di assicurazione, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato, e si presume sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà ai beneficiari indicati nel contratto di assicurazione il capitale previsto per il caso di morte.

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

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

A restituzione avvenuta dell'intera somma liquidata, l'Assicurato non deceduto potrà far valere i propri diritti per l'invalidità eventualmente subita e residua, anche se nel frattempo fossero trascorsi oltre due anni dall'evento subito e, quindi, senza che si possano da parte della Società invocare eventuali termini di prescrizione, che, al più, decorreranno da quel momento.

MALATTIE CONTRATTE IN SERVIZIO E PER CAUSE DI SERVIZIO

L'assicurazione viene estesa ai sensi del D.P.R. 27.03.1969 n. 130 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 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.

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.

RIMBORSO SPESE MEDICHE A SEGUITO DI INFORTUNIO NON RISARCIBILE DAL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Per ogni infortunio la Società assicura il rimborso delle spese per:

- onorari dei chirurghi o dell'equipe operatoria;
- uso della sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi terapeutici ed endoprotesi applicati durante l'intervento;
- rette di degenza;
- esami ed accertamenti diagnostici;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- trasporto dell'assicurato in ospedale o in clinica ed il ritorno a casa effettuato con ambulanza;
- prestazioni medico-infermieristiche, medicinali, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari incluse le carrozzelle ortopediche.

La Società effettua il rimborso previa presentazione dei documenti giustificativi di spesa in originale. La presente garanzia vale fino a concorrenza per persona infortunata per **TUTTE LE CATEGORIE di € 1.500,00**. A maggior chiarimento si precisa che per ricovero si intende almeno un pernottamento nell'istituto di cura.

ART. 16 - INFORTUNI AERONAUTICI

L'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei da lui effettuati in qualità di passeggero su velivoli ed elicotteri eserciti da società di traffico aereo regolare, non regolare e di trasporto a domanda, nonché da autorità civili e militari in occasione di traffico civile, da ditte e privati per attività turistica o di trasferimento e da società di lavoro aereo, esclusivamente durante trasporto pubblico passeggeri. In tale estensione non sono compresi i viaggi aerei effettuati su velivoli ed elicotteri eserciti da Società/Aziende di Lavoro Aereo, in occasione di voli diversi dal trasporto pubblico di passeggeri o da Aeroclubs.

Il rischio volo inizia nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dei suddetti aeromobili e cessa quando ne è disceso; la salita e la discesa, mediante scale ed altre attrezzature speciali aeroportuali, fanno parte del rischio del volo.

Resta convenuto che la somma delle garanzie previste da questa estensione, non potrà superare per ciascuna persona assicurata i capitali di Euro 1.000.000,00.= per il caso di morte; Euro 1.000.000,00.= per il caso di invalidità permanente totale; e giornaliero Euro 250,00.= per il caso di inabilità temporanea assoluta; per aeromobile i capitali di Euro 5.000.000,00.= per il caso morte, Euro 5.000.000,00 per il caso di invalidità permanente totale e di giornaliero Euro 5.000,00.= per il caso di inabilità temporanea assoluta.

In detta limitazione per aeromobile rientrano anche i capitali riferentesi ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio volo con estensioni contemplate da polizze infortuni cumulative stipulate dallo stesso Contraente. 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.

ART. 17 - SERVIZIO MILITARE

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 sospesa.

Entro il 15° giorno successivo alla prima scadenza di premio (o rata di premio) posteriore all'inizio del servizio di cui sopra il Contraente ha facoltà di chiedere il rimborso dei premi pagati relativi al periodo in cui l'assicurazione è rimasta sospesa; rimborso che verrà corrisposto al netto delle imposte.

ART. 18 - LIMITI TERRITORIALI E DI RISARCIMENTO

L'assicurazione viene prestata per tutto il mondo. In ogni caso il pagamento delle indennità verrà effettuato in Italia in Euro.

Nel caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più Assicurati, l'esborso a carico della Società non potrà superare la somma complessiva di Euro 5.000.000,00.=

Qualora le indennità liquidabili ai sensi del contratto di assicurazione eccedessero nel loro complessivo tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

ART. 19 - LIMITI DI ETÀ

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore agli ottantacinque anni.

Tuttavia per persone che raggiungano tale età nel corso del contratto di assicurazione, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa al compimento di detto termine, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti, dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso verranno restituiti a richiesta del Contraente.

ART. 20 - PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco depressivi o stati paranoici.

L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi.

Il Contraente è esonerato dal notificare le malattie, le infermità, le mutilazioni ed i difetti fisici da cui fossero affette le persone assicurate.

ART. 21 - 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.

ART. 22 - ALTRE ASSICURAZIONI

E' data facoltà al Contraente di non comunicare altre assicurazioni che avesse in corso o che stipulasse in futuro con altre imprese per gli stessi rischi assicurati con il presente contratto di assicurazione.

Il presente contratto di assicurazione s'intende stipulato indipendentemente ed in aggiunta alle assicurazioni obbligatorie previste per gli infortuni sul lavoro dalle leggi vigenti e da quelle eventuali future.

Il Contraente è inoltre esonerato dal denunciare le assicurazioni a favore dei propri dipendenti a cui fosse tenuto per legge o per disposizioni aventi comunque carattere obbligatorio, delle quali la presente costituisce un complemento, pur essendo completamente separata ed indipendente.

ART. 23 - DENUNCIA DELL'INFORTUNIO ED OBBLIGHI RELATIVI

La denuncia dell'infortunio con una dettagliata descrizione dello stesso e delle sue cause e conseguenze, corredata di certificato medico, deve essere fatta alla Società cui è assegnato il contratto di assicurazione nel termine di **30 giorni** dall'infortunio o dal momento in cui l'Assicurato o gli aventi diritto ne abbiano avuto possibilità. Avvenuto l'infortunio, l'Assicurato deve ricorrere alle cure di un medico e seguirne le prescrizioni, nonché informare periodicamente la Società sul decorso delle lesioni.

Quando l'infortunio abbia causato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, deve esserne dato immediatamente avviso telegrafico alla Società. L'Assicurato, i suoi familiari od aventi diritto devono consentire alla visita di medici della Società ed a qualsiasi indagine che questi ritengano necessaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato stesso.

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

ART. 24 - CRITERI DI INDENNIZZO

La Società corrisponderà l'indennità per le sole conseguenze dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio può aver 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 preesistenti casi di mutilazioni o difetti fisici, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette dell'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra e sana, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti, fermo quando stabilito dall'art. 26.

ART. 25 - MORTE

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifica entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida ai beneficiari la somma assicurata per il caso di morte.

Per beneficiari si intendono, salvo diversa designazione da parte dell'Assicurato, gli eredi testamentari o legittimi. In caso di premorienza o commorienza dei beneficiari designati, detta somma sarà liquidata agli eredi testamentari o legittimi.

Qualora l'assicurazione sia stata stipulata in ottemperanza al C.C.N.L. applicabile all'Assicurato, la somma per il caso di morte sarà corrisposta alle persone cui spetta obbligatoriamente in forza

del citato C.C.N.L. e solo in mancanza di tali persone si applicherà quanto disposto dai primi due commi del presente articolo.

Vengono parificati al caso di morte il caso in cui l'Assicurato venga dichiarato disperso alle competenti Autorità ed il caso di sentenza di morte presunta, ai sensi dell'art. 60 comma 3 del Codice Civile (vedi precedente art. 15 di polizza).

ART. 26 - INVALIDITA' PERMANENTE

Se l'infortunio ha per conseguenza un'invalidità permanente e questa si verifica entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida per tale titolo un'indennità calcolata sulla somma assicurata per invalidità permanente, secondo la tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria per gli infortuni e le malattie professionali approvata con D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 e s. m. i., con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge.

Per gli Assicurati mancini, si conviene che le percentuali di Invalidità Permanente previste dalla citata tabella per l'arto superiore destro, varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa.

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

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

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

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorati, le percentuali sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Nel caso di ernia che per essere determinata da infortunio (ernia traumatica) risulti compresa in garanzia, l'indennità è stabilita come segue:

- se l'ernia è operabile e il contratto prevede il caso di inabilità temporanea, la Società corrisponderà la somma giornaliera assicurata per l'inabilità temporanea, fino ad un massimo di trenta giorni;
- se l'ernia non risulta operabile, la Società corrisponderà l'indennità fino al 10% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente.

Questi massimi valgono anche se l'ernia è bilaterale.

Qualora insorga contestazione circa l'operabilità o meno dell'ernia, la decisione sarà rimessa al Collegio Arbitrale di cui al successivo art. 29.

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

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

ART. 27 - FRANCHIGIE PER INVALIDITA' PERMANENTE

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

- 1) 3% sulla somma eccedente a Euro 150.000,00 e sino a Euro 250.000,00
- 2) 5% sulla somma eccedente a Euro 250.000,00 e sino a Euro 350.000,00
- 3) 10% sulla somma eccedente a Euro 350.000,00

Pertanto sulla somma assicurata:

- 1) eccedente a Euro 150.000,00 e fino a Euro 250.000,00 la Società non liquida alcuna indennità se l'invalidità permanente è di grado non superiore al 3% del totale; in caso contrario la Società liquida l'indennità solo per la parte eccedente il 3%.
- 2) eccedente a Euro 250.000,00 e fino a Euro 350.000,00 la Società non liquida alcuna indennità se l'invalidità permanente è di grado non superiore al 5% del totale; in caso contrario la Società liquida l'indennità solo per la parte eccedente il 5%.
- 3) eccedente a Euro 350.000,00 la Società non liquida alcuna indennità se l'invalidità permanente è di grado non superiore al 10 % del totale; in caso contrario la Società liquida l'indennità solo per la parte eccedente il 10%.

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

ART. 28 - CASO DI INABILITA' TEMPORANEA

Si considera inabilità temporanea l'incapacità dell'Assicurato ad attendere, per un periodo di tempo limitato, alle sue occupazioni. Qualora sia provato che l'infortunio ha causato l'inabilità temporanea, la Società con riferimento alla natura e conseguenza delle lesioni riportate dall'Assicurato, liquidano l'indennità giornaliera:

- a) integralmente, per tutto il tempo in cui l'Assicurato si è trovato nell'incapacità fisica di attendere alle occupazioni medesime;
- b) al 50% per tutto il tempo in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle sue occupazioni.

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 per inabilità temporanea viene corrisposta per un periodo massimo di 300 giorni da quello dell'infortunio regolarmente denunciato.

ART. 29 - DIARIA DA RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA

In caso di ricovero reso necessario da infortunio, la Società corrisponde la diaria assicurata per ogni pernottamento fino ad un massimo di 365 giorni.

ART. 30 - CUMULO DI INDENNITA'

L'indennità per inabilità temporanea è cumulabile con quella per morte o per invalidità permanente. 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 muore, la Società corrisponderà ai beneficiari designati o, in difetto, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali, la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore, e non chiederanno il rimborso nel caso contrario.

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 agli eredi dell'Assicurato l'importo liquidato od offerto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

ART. 31 – RIMBORSO SPESE MEDICHE

Per le cure delle lesioni causate da infortunio la Società rimborsa, fino alla concorrenza del massimale assicurato, le spese effettivamente sostenute:

1. in caso di ricovero, per la degenza in istituto di cura (onorari dei medici, cure mediche, esami, diritti di sala operatoria, materiale d'intervento – comprese le endoprotesi – , trattamenti riabilitativi, rette di degenza, medicinali). Qualora le spese di ricovero siano interamente a carico del Servizio Sanitario nazionale, la Società, in

sostituzione del rimborso, liquida una diaria di Euro 75,00.= per ogni pernottamento e per un massimo di 100 pernottamenti. La diaria sostitutiva si cumula con la diaria da ricovero eventualmente assicurata con il limite di Euro 125,00.= complessive;

2. relativamente alle prestazioni sanitarie extra-ricovero, per accertamenti diagnostici, onorari dei medici, interventi chirurgici ambulatoriali e cure mediche, trattamenti riabilitativi, noleggio di apparecchiature terapeutiche e/o ortopediche; per cure e protesi dentarie rese necessarie da infortunio. Le spese per il materiale prezioso e le leghe speciali impiegati nelle protesi sono rimborsabili fino alla concorrenza di Euro 1.000,00.=, mentre le spese per il trasporto dell'Assicurato al luogo di cura o di soccorso e da un istituto di cura all'altro con mezzi adeguati alla gravità delle condizioni dell'infortunato sono rimborsabili sino alla concorrenza di Euro 500,00.= (Euro 2.500,00.= se vi è l'intervento dell'eliambulanza). Non sono rimborsabili le spese per la riparazione o sostituzione di protesi applicate prima dell'infortunio.
3. In caso di intervento riparatore del danno estetico per la chirurgia plastica fino alla concorrenza di Euro 2.500,00.= Tali spese sono rimborsabili purchè l'intervento riparatore avvenga entro due anni dal giorno dell'infortunio (provato da cartella clinica descrittiva) e non oltre un anno dalla scadenza del contratto. Per "danno estetico" si intende la deturpazione obiettivamente constatabile.

ART. 32 - CONTROVERSIE E COLLEGIO ARBITRALE

In caso di disaccordo sulla causa o sulla natura delle lesioni o sulla valutazione delle conseguenze attribuibili all'infortunio, la vertenza viene deferita ad un Collegio Arbitrale che risiede presso il Broker al quale è assegnato il contratto di assicurazione. Il Collegio è composto di tre medici, di cui due nominati dalle Parti, una per ciascuna, ed il terzo d'accordo fra i due primi, o, in difetto, dal Presidente dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio Arbitrale.

Gli arbitri, tenendo presenti le condizioni del contratto di assicurazione, decidono a maggioranza inappellabilmente come amichevoli compositori senza alcuna formalità giudiziaria; le loro decisioni impegnano le Parti anche se l'arbitro dissenziente non le ha sottoscritte.

Ciascuna delle Parti sopporta le spese del proprio arbitro e metà di quelle del terzo.

ART. 33 - RINUNCIA RIVALSA

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi causa al diritto spettante all'Assicuratore, che abbia pagato l'indennità, di surrogarsi (V. art. 1916 C.C.) nei diritti dell'Assicurato, che potrà così esercitarli integralmente nei confronti dei terzi responsabili.

ART. 34 - COASSICURAZIONE E DELEGA

Qualora l'Assicurazione fosse divisa per quote fra diverse Società Coassicuratrici ai sensi dell'art. 1911 del Codice Civile, in caso di sinistro le Società stesse concorreranno nel pagamento dell'indennizzo, liquidato a termini delle Condizioni di Assicurazione in proporzione della quota da esse assicurata, esclusa ogni responsabilità solidale.

Nel caso in cui le suddette Società siano invece temporaneamente raggruppate ai sensi dell'art. 37 del D.Lgs. n. 163/2006 tutte le Società sono responsabili in solido per il pagamento dell'indennizzo e la Società mandataria del raggruppamento è considerata Società Delegataria.

Il Contraente dichiara di avere affidato la gestione del presente contratto al Broker incaricato e le Società hanno convenuto di affidare la delega alla Società Delegataria indicata in esso; di conseguenza tutti i rapporti inerenti la presente Assicurazione saranno svolti per conto del Contraente dal Broker incaricato il quale tratterà con la Delegataria.

In particolare, tutte le comunicazioni inerenti il Contratto, ivi comprese quelle relative al recesso o alla disdetta ed alla gestione dei sinistri, si intendono fatte o ricevute dalla Delegataria in nome e per conto di tutte le Società coassicuratrici.

Le Società coassicuratrici riconoscono come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di gestione compiuti dalla Delegataria per conto comune fatta soltanto eccezione per l'incasso dei premi di polizza il cui pagamento verrà effettuato nei confronti di ciascuna Società.

La sottoscritta Società Delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle Coassicuratrici indicate negli atti suddetti (polizza e appendici) a firmarli anche in loro nome e per loro conto.

Pertanto la firma apposta dalla Direzione della Società Delegataria sui Documenti di Assicurazione, li rende ad ogni effetto validi anche per le quote delle Coassicuratrici.

Il dettaglio dei capitali assicurati, dei premi, accessori e imposte, spettanti a ciascuna Coassicuratrice, risulta dall'apposito prospetto allegato alla presente Polizza.

Art. 35 - INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO

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

Art. 36 – TRACCIABILITA' DEI FLUSSI FINANZIARI

L'Impresa Assicuratrice Assicurazioni spa (in breve "**Assicuratore**"), assume tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'articolo 3 della legge 13 agosto 2010, n. 136 e successive modifiche. L'Assicuratore si impegna a dare immediata comunicazione all'Ente ed alla prefettura-ufficio territorialmente competente del Governo della provincia ove ha sede la stazione appaltante della notizia dell'inadempimento della propria controparte (subappaltatore/subcontraente) agli obblighi di tracciabilità finanziaria.

Clausola risolutiva espressa

Il presente contratto si intenderà risolto di diritto ex Art. 1456 C.C. e s.s. in tutti i casi in cui le transazioni siano eseguite senza avvalersi dell'ausilio di Istituti Bancari o della società Poste Italiane S.p.A. e comunque si accerti il mancato rispetto degli adempimenti di cui al paragrafo precedente.

La Stazione Appaltante, l'Appaltatore, il Corrispondente (qualora presente) o la Ditta di Brokeraggio e comunque ogni soggetto connesso al presente contratto che abbia notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria previsti dalla L. 136/2010 deve manifestare immediatamente la volontà di avvalersi della clausola risolutiva, informandone, a mezzo comunicazione scritta, la stazione appaltante e/o l'appaltatore, e la Prefettura o l'Ufficio Territoriale del Governo territorialmente competente.

CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE

ASSICURATI: sono assicurati gli appartenenti alle seguenti categorie per i capitali e le garanzie di seguito indicati:

A) AMMINISTRATORI + SEGRETARIO GENERALE (sindaco + 20 tra assessori e consiglieri + segretario generale):

Somme Assicurate (per persona)

Euro 200.000,00.= Morte

Euro 300.000,00.= I.P.

Euro 75,00.= Inabilità Temporanea

Euro 50,00.= Diaria da Ricovero per Infortunio

n. soggetti assicurati: 22

Garanzie

Infortuni subiti a causa e in occasione dell'espletamento del mandato (rischio carica) od incarico od allo stesso correlati, compreso compreso il rischio in itinere, trasferimenti e missioni.

B) DIPENDENTI (IDENTIFICATI IN APPOSITO REGISTRO TENUTO DAL CONTRAENTE)

Somme Assicurate (per persona)

Euro 100.000,00.= Morte

Euro 150.000,00.= I.P.

n. soggetti assicurati: 24

Garanzie

Infortuni che l'Assicurato subisce in qualità di conducente o di trasportato di mezzi di trasporto, per incidenti di circolazione dal momento in cui sale a quello in cui discende dal mezzo di trasporto; l'assicurazione vale anche mentre egli, in caso di fermata accidentale, si trova a terra per eseguire le operazioni necessarie a consentire al mezzo di trasporto di riprendere la marcia.

Si intende compreso il rischio in itinere

Sono assicurati:

- i dipendenti autorizzati a servirsi in occasione di missioni e per adempimenti di servizio per la Contraente, del mezzo di trasporto, non di proprietà della Contraente, limitatamente al tempo strettamente necessario per la missione od adempimento di servizio;
- i dipendenti autorizzati a servirsi in occasione di missioni e per adempimenti di servizio per la Contraente, del mezzo di trasporto di proprietà della Contraente stessa, limitatamente al tempo strettamente necessario per la missione od adempimento di servizio.

Individuazione degli assicurati

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per l'identificazione di tali elementi e per il computo del premio si farà riferimento alle risultanze dei registri o altri documenti equipollenti sui quali il Contraente si impegna a registrare:

- data e luogo della trasferta;
- generalità del dipendente autorizzato alla trasferta;
- dichiarazione redatta dal Contraente, in caso di sinistro, che l'autovettura si trovava in missione.

C) ASSISTENTI DOMICILIARI

Somme Assicurate (per persona)

Euro 100.000,00.= Morte

Euro 150.000,00.= I.P.

n. soggetti assicurati: 1

Garanzie:

Infurtuni subiti a causa e in occasione dell'espletamento della funzione, a favore del Comune di Casatenovo, di assistenza domiciliare. La garanzia assicurativa è operante durante lo svolgimento di tale attività e per il rischio in itinere e gli spostamenti tutti per e dalle abitazioni degli assistiti.

Individuazione degli assicurati:

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per l'identificazione di tali persone e per il computo del premio si farà riferimento alle risultanze dei registri o altri documenti equipollenti.

D) UTENTI CENTRO DIURNO ANZIANI

Somme Assicurate (per persona)

Euro 50.000,00.= Morte

Euro 75.000,00.= I.P.

Euro 2.500,00.= Rimborso Spese Mediche

n. soggetti assicurati: 90

Garanzie

Infurtuni che l'Assicurato subisce in qualità di utente del centro diurno anziani e lo svolgimento delle attività connesse.

Sono assicurati:

Gli anziani utenti del centro diurno.

Individuazione degli assicurati

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per l'identificazione di tali elementi e per il computo del premio si farà riferimento **alle risultanze dei registri o altri documenti equipollenti sui quali dovranno essere annotate le generalità degli anziani partecipanti.**

F) EDUCATORI PROFESSIONALI CIRCUITO RETE SALUTE

Somme Assicurate (per persona)

Euro 75.000,00.= Morte

Euro 100.000,00.= I.P.

Euro 2.500,00.= Rimborso Spese Mediche da Infortunio

n. soggetti assicurati: 3

Garanzie:

Infurtuni subiti a causa e in occasione dell'espletamento della funzione, a favore del Comune di Casatenovo, di assistenza domiciliare. La garanzia assicurativa è operante durante lo svolgimento di tale attività e per il rischio in itinere e gli spostamenti tutti per e dalle abitazioni degli assistiti.

Individuazione degli assicurati:

Comune di CASATENOVO – Polizza Infortuni 31/12/2011 - Rev. 00

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per l'identificazione di tali persone e per il computo del premio si farà riferimento alle risultanze dei registri o altri documenti equipollenti.

CALCOLO DEL PREMIO

PREMIO PRO CAPITE/PREMIO PER KM.

A) n. 22 (amministratori + segretario generale)	X Euro.....	(cadauno) = Euro.....;
B) n. 24 dipendenti	X Euro.....	(cadauno) = Euro.....;
C) n. 1 assistenti domiciliari	X Euro.....	(cadauno) = Euro.....;
D) n. 90 utenti del Centro Diurno Anziani	X Euro.....	(cadauno) = Euro.....;
E) n. 3 educatori professionali circ. rete salute	X Euro.....	(cadauno) = Euro.....;

CONTEGGIO DEL PREMIO ANTICIPATO ANNUO LORDO AL 31/12/2011

Premio annuo anticipato totale Lordo = A) + B) + C) + D + E)) = Euro.....

REGOLAZIONE DEL PREMIO

Se il premio è convenuto in tutto o in parte in base ad elementi di rischio variabili, esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minore 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 stabilito in polizza. A tale scopo, entro 120 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione della minore durata di contratto, l'Assicurato deve fornire per iscritto alla Società tutti i dati necessari.

Le differenze, attive e passive, risultanti dalla regolazione, devono essere pagate nei 90 giorni dalla relativa appendice di regolazione premio da parte della Società. Tale appendice dovrà essere spedita dalla Società al contraente entro 30 giorni dalla ricezione dei dati. Se l'Assicurato non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti od il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società può fissargli un ulteriore termine non inferiore a 30 giorni, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto o a garanzie di quello relativo al periodo assicurativo annuo per il quale non ha avuto luogo la regolazione od il pagamento delle differenze attive e la garanzia resta sospesa fino alle ore 24.00 del giorno in cui l'Assicurato abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

Per i contratti scaduti, se l'Assicurato non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

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