



## **COPERTURA ASSICURATIVA INFORTUNI**

La presente polizza è stipulata tra

**COMUNE DI ISEO**

Piazza Garibaldi n. 10

25049 Iseo (BS)

C.F. e P.IVA 00451300172

e

SOCIETA'

---

---

---

**Durata del contratto**

Dalle ore **24,00** del **31.12.2022**

alle ore **24,00** del **31.12.2025**

Scadenza annuale al 31.12

## SEZIONE I DEFINIZIONI

<b>Assicurato</b>	Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione e più precisamente quelle indicati nelle Categorie di Assicurati.
<b>Assicurazione</b>	Il contratto di assicurazione
<b>Beneficiario</b>	In caso di morte gli eredi legittimi o testamentari, in tutti gli altri casi l'Assicurato stesso.
<b>Broker</b>	L'Impresa di Brokeraggio assicurativo alla quale, per incarico conferito dal Contraente, è affidata la gestione dell'assicurazione
<b>Contraente</b>	Il soggetto che stipula l'assicurazione, riportato nel frontespizio della presente polizza
<b>Franchigia</b>	La parte di danno che l'Assicurato tiene a suo carico
<b>Indennizzo</b>	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro
<b>Infortunio</b>	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
<b>Inabilità temporanea</b>	la perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato di attendere alle attività professionali dichiarate
<b>Invalidità permanente</b>	La diminuita capacità o la perdita definitiva ed irrimediabile della capacità generica ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato.
<b>Invalidità permanente da Malattia</b>	la perdita, a seguito di malattia, definitiva ed irrimediabile ovvero una riduzione permanente della capacità generica dell'assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione
<b>Istituto di cura</b>	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
<b>Malattia</b>	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio
<b>Massimale</b>	La massima esposizione della Società per ogni sinistro
<b>Periodo di assicurazione</b>	Il periodo, pari o inferiore a 12 mesi, compreso tra la data di effetto e la data di scadenza annuale
<b>Polizza</b>	Il documento che prova e regola l'assicurazione
<b>Premio</b>	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
<b>Ricovero</b>	la degenza in Istituto di cura che comporti almeno un pernottamento.
<b>Rischio</b>	La probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne
<b>Rischio extra professionale</b>	Gli eventi che si verificano nello svolgimento di qualsiasi attività non avente carattere professionale, inerente le occupazioni familiari, il tempo libero, la pratica di hobby ed in genere di qualsiasi manifestazione della vita quotidiana

<b>Rischio in itinere</b>	infortuni che si verifichino a causa e/o in occasione di tutti i trasferimenti, con qualsiasi mezzo di locomozione ed anche a piedi da e per l'abitazione, anche occasionale, dell'Assicurato ed il suo normale luogo di lavoro o qualsiasi altro luogo, ove l'Assicurato si rechi a svolgere la propria attività, mansione o incarico per conto della Contraente
<b>Rischio Professionale</b>	Gli eventi che si verificano nell'esercizio o a casa delle occupazioni professionali principali, o accessorie anche occasionali, svolte dall'Assicurato
<b>Scoperto</b>	La percentuale del danno a carico esclusivo dell'Assicurato
<b>Sinistro</b>	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
<b>Società/Assicuratore</b>	La Compagnia assicuratrice, o il gruppo di Compagnie, che ha assunto la presente assicurazione

## SEZIONE II

### CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE (CGA)

#### ART. 1 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

In deroga agli artt. 1892, 1893, 1894 e 1898 del Cod. Civ. si prende atto che la mancata o inesatta comunicazione da parte della Contraente di circostanze o di mutamenti che aggravano il rischio non comporterà l'annullamento del contratto, né la decadenza dal diritto all'indennizzo, né la riduzione dello stesso, né cessazione dell'assicurazione sempre che la Contraente non abbia agito con dolo.

Le parti convengono che le variazioni che comportano aggravamento del rischio conseguenti a disposizioni di leggi, di regolamenti o di atti amministrativi, non sono soggette alla disciplina dell'art. 1898 del Codice Civile e l'eventuale nuovo rischio rientra automaticamente in garanzia senza modifica del premio.

La Società ha il diritto di percepire la differenza di premio corrispondente al maggior rischio non valutato per effetto di circostanze non note, a decorrere dal momento in cui la circostanza si è verificata. Nel caso di diminuzione del rischio, la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente, ai sensi dell'art. 1897 C.C., e rinuncia al relativo diritto di recesso.

#### ART. 2 ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI

Si conviene tra le Parti che qualora si rivelasse che per gli stessi rischi del presente contratto esistano altre coperture, gli eventuali danni denunciati dall'Assicurato a valere sulla presente polizza saranno liquidati ed indennizzati dalla Società direttamente all'Assicurato medesimo, a prescindere dall'esistenza di altri contratti assicurativi. La Società rinuncia fin d'ora alla facoltà concessale dal disposto dell'art. 1910 del Codice Civile.

Si esonera il Contraente e gli Assicurati dal dare preventiva comunicazione alla Società di eventuali polizze già esistenti e/o quelle che verranno in seguito stipulate sugli stessi rischi oggetto del presente contratto; l'Assicurato ha l'obbligo di farlo in caso di sinistro, se richiesto dalla Società.

#### ART. 3 DURATA DELL'ASSICURAZIONE

Il presente contratto ha effetto dalle **ore 24,00 del 31.12.2022** scadenza alle **ore 24,00 del 31.12.2025** e cesserà automaticamente alla scadenza stessa senza obbligo di disdetta da ambo le parti.

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 180 (centottanta) giorni**.

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 entro 60 (sessanta) giorni dall'inizio della proroga.

È comunque nella facoltà delle parti recedere dalla presente assicurazione al termine di ogni periodo assicurativo, mediante lettera raccomandata o posta elettronica certificata (PEC) almeno 150 (centottanta) giorni prima di ogni scadenza annuale.

Ai sensi dell'art. 35 D. Lgs. 50/2016 ss.mm. e ii., l'Ente contraente si riserva la facoltà di esercitare l'opzione di rinnovo espresso per una durata pari a **3 ANNI**, previa adozione di apposito atto. Questa disposizione non è operante nel caso in cui la Società si sia avvalsa della facoltà di recesso annuo prevista nella presente polizza.

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. 4 DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE - PAGAMENTO DEL PREMIO**

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza ancorché il premio venga versato entro i 60 giorni successivi al medesimo. I premi devono essere pagati alla Società delegataria ovvero al Broker incaricato.

Il premio alla firma verrà corrisposto per il periodo 31.12.2022 al 31.12.2023 e le rate successive avranno frazionamento annuale con decorrenza 31.12.2023.

Anche le eventuali appendici comportanti un incasso del premio potranno essere pagate entro 60 giorni dalla data di ricezione, da parte della Contraente del relativo documento correttamente emesso dalla Società. Resta comunque inteso che l'assicurazione decorrerà con copertura immediata dalle ore 24 del giorno indicato nel documento di variazione.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 60° giorno dopo quello della scadenza 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 del Codice Civile.

Resta convenuto che è considerata a tutti gli effetti, come data di avvenuto pagamento, a prescindere da quando materialmente sarà accreditato il premio, quella dell'atto che conferisce tale ordine al Servizio Tesoreria del Contraente a condizione che gli estremi dell'atto vengano comunicati alla Società a mezzo raccomandata, PEC o e-mail.

Si precisa che se dai controlli effettuati dal Contraente, in ottemperanza del D.M. n. 40 del 2008 risultasse un inadempimento a carico della/e Società assicuratrice/i la/e stessa/e si impegna/no a ritenere in copertura il rischio, anche oltre i termini di mora, fino al termine delle procedure di verifica imposte dall'Art. 3 del D.M. precedentemente richiamato.

**ART. 5 FACOLTA' DI RECESSO IN CASO DI SINISTRO**

La Società e/o il Contraente hanno facoltà, dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno del pagamento o rifiuto dell'indennizzo, di comunicare il proprio recesso dal contratto rispettando comunque un termine di preavviso non inferiore a 120 giorni a decorrere dalla data di ricezione della raccomandata da parte del Contraente/Società.

In caso di recesso da parte della Società, la stessa rimborserà al contraente i ratei di premio pagati e non goduti escluse le imposte.

**ART. 6 MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE**

Le eventuali modifiche delle polizze debbono essere provate per iscritto.

**ART. 7 FORMA DELLE COMUNICAZIONI DEL CONTRAENTE ALLA SOCIETA'**

Tutte le comunicazioni tra le Parti debbono essere fatte in forma scritta; si prende atto che è riconosciuta piena validità alle comunicazioni pervenute tramite raccomandata, mezzo posta elettronica, posta elettronica certificata o altro mezzo idoneo. Anche le eventuali modificazioni dell'Assicurazione devono essere provate per iscritto.

**ART. 8 ONERI FISCALI**

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

**ART. 9 FORO COMPETENTE**

Per le controversie riguardanti l'applicazione e l'esecuzione della presente polizza, è competente, a scelta della Contraente, il Foro ove ha sede la stessa oppure l'Assicurato, fatto salvo quanto previsto dal D. Lgs 28/2010 ss.mm. e ii..

**ART. 10 INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO**

Si conviene fra le Parti che verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole al Contraente/Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni previste in polizza.

**ART. 11 COASSICURAZIONE E DELEGA (SE APPLICABILE)**

Qualora l'Assicurazione fosse divisa per quote fra diverse Società Coassicuratrici, in caso di sinistro le Società stesse concorreranno nel pagamento dell'indennizzo, liquidato a termini delle Condizioni di Assicurazione in proporzione della quota da esse assicurata. In deroga a quanto disposto dall'art. 1911 del codice civile, è prevista la responsabilità solidale delle imprese partecipanti all'accordo di coassicurazione.

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; in 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 al 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. 12 SANCTION CLAUSE**

La Società non è tenuta a fornire copertura e a indennizzare alcuna richiesta di risarcimento o a pagare alcunché in virtù del presente contratto qualora essa, la sua capogruppo o la sua controllante, nel far ciò, incorrano nel pagamento di qualsivoglia sanzione, proibizione o restrizione prevista da risoluzioni delle Nazioni Unite o sanzioni economiche o commerciali, ai sensi delle leggi o dei regolamenti dell'Unione Europea o degli Stati Uniti d'America. Gli Assicuratori e i Riassicuratori non sono quindi tenuti a fornire alcuna copertura o a disporre alcun risarcimento ai sensi del presente contratto, qualora ciò implichi qualsiasi tipo di violazione di legge o regolamento in materia di sanzioni internazionali, che esponga gli Assicuratori e/o i Riassicuratori, la loro capogruppo o la loro controllante a qualsiasi violazione delle leggi e dei regolamenti in materia di sanzioni internazionali.

**ART. 13 GESTIONE DELLA POLIZZA**

Alla Società Aon S.p.A. è affidata la gestione e l'esecuzione della presente assicurazione in qualità di Broker, ai sensi degli articoli 108 e seguenti del D. Lgs. 209/2005 e ss.mm.ii.

Il Contraente e la Società si danno reciprocamente atto che ogni comunicazione inerente l'esecuzione della presente assicurazione avverrà per il tramite del Broker incaricato.

Pertanto, agli effetti delle condizioni della presente polizza, la Società dà atto che ogni comunicazione fatta dal Contraente/Assicurato al Broker si intenderà come fatta alla Società stessa e viceversa, come pure ogni comunicazione fatta dal Broker alla Società si intenderà come fatta dal Contraente/Assicurato stesso.

Si precisa che qualora le comunicazioni del contraente comportassero una modifica contrattuale impegneranno gli Assicuratori solo dopo il consenso scritto.

Nelle more degli adempimenti previsti dalla normativa vigente si precisa che, con riferimento all'art. 118 del D. Lgs. 209/2005 ed all'art. 55 del regolamento IVASS n.05/2006 e ss. mm. ii., il Broker è autorizzato ad incassare i premi. La Società, inoltre, riconosce che il pagamento dei premi possa essere fatto dal Contraente tramite il Broker sopra designato; resta intesa l'efficacia liberatoria anche a termine dell'art. 1901 Codice Civile del pagamento così effettuato.

La remunerazione del broker è posta a carico dell'Impresa aggiudicataria del contratto, nella misura del **12% del premio imponibile**. Tale remunerazione è parte dell'aliquota riconosciuta dalla società alla propria rete di vendita e non può quindi, in ogni caso, rappresentare un costo aggiuntivo per il

Contraente.

**ART. 14 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE**

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

**ART. 15 TRATTAMENTO DEI DATI**

Ai sensi del Regolamento Europeo sulla Privacy, 679/2016, le Parti consentono il trattamento dei dati personali contenuti nella presente Polizza o che ne derivino, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali.

**ART. 16 TRACCIABILITA' DEI FLUSSI FINANZIARI**

La Società è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi previsti dall'art. 3 della legge n. 136/2010 e ss.mm. e 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 comma 8 dell'art. 3 della legge 136/2010.

.

## SEZIONE III

### NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO

#### ART. 17 OBBLIGHI DEL CONTRAENTE – DENUNCIA DEL SINISTRO

Il Contraente deve trasmettere alla Società, entro 30 giorni lavorativi da quando l'Ufficio del Contraente ne venga a conoscenza, la denuncia dell'infortunio che dovrà contenere l'indicazione del luogo, del giorno e dell'ora dell'evento, nonché le cause che lo hanno determinato, dovrà essere corredata di certificato medico ed indirizzata al broker incaricato.

Avvenuto l'infortunio, l'Assicurato deve ricorrere alle cure di un medico e seguirne le prescrizioni, successivamente l'Assicurato deve inviare, periodicamente e sino a guarigione avvenuta, certificati medici sul decorso delle lesioni, 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.

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

#### ART. 18 CRITERI DI INDENNIZZABILITA'

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.

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 (**garanzia morte presunta, sempre operante**). 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 polizza. 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.

##### b) 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 (per l'Industria) ed in vigore fino al 24.07.2000, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della



franchigia relativa prevista dalla legge e con intesa che la liquidazione viene fatta in contanti anziché sotto forma di rendita.

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 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.

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. 18.

Qualora preesista una "non funzionalità totale di un organo od un arto" e le conseguenze dell'infortunio comportino, a causa di tale preesistente menomazione, una invalidità permanente "bilaterale" viene liquidata una indennità pari al:

- 100% della totale nel caso di perdita totale e irrimediabile dell'uso funzionale dell'organo o arto sano;
- doppio del grado di invalidità accertata (con il massimo del 100%) nel caso di perdita parziale dell'uso funzionale dell'organo o arto sano.

Qualora l'invalidità permanente, valutata secondo i criteri indicati, sia pari almeno al 60% verrà corrisposto un indennizzo pari al 100% del capitale assicurato.

**c) INDENNITA' DA RICOVERO PER GESSATURA – operante solo se espressamente richiamata (indicare le categorie)**

Se l'infortunio ha per conseguenza un ricovero, anche se la degenza avviene in regime di day hospital, la Società corrisponde l'indennità giornaliera indicata in polizza per la durata massima di 365 gg., anche non consecutivi da quello dell'infortunio. L'indennità verrà corrisposta anche qualora, a seguito di infortunio, l'Assicurato sia portatore, non degente, di un apparecchio gessato o qualsiasi altro mezzo, comunque esterno, di contenimento immobilizzante, in tal caso l'indennità verrà corrisposta fino alla rimozione dell'apparecchio gessato o del tutore immobilizzante. La Società effettua il pagamento dell'indennizzo su presentazione:

- della cartella clinica in caso di ricovero;
- di documento sanitario, equivalente alla cartella clinica, nel caso di degenza in day hospital;
- di certificazione medica nel caso di gessatura o di mezzo di contenimento immobilizzante, esterno.

**d) INABILITA' TEMPORANEA – operante solo se espressamente richiamata**

Se l'infortunio ha per conseguenza un'inabilità temporanea dell'Assicurato, la Società liquida la somma giornaliera assicurata come segue:

- integralmente, per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica

- di attendere alle sue occupazioni;
- 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 a decorrere dalle ore 24,00 del nono giorno successivo all'infortunio (franchigia 8 gg.) sino alle ore 24,00 dell'ultimo giorno di inabilità temporanea per un periodo massimo di 120 gg..

L'indennizzo per inabilità temporanea è cumulabile con quelli dovuti per invalidità permanente o per morte.

**e) RIMBORSO SPESE MEDICHE A SEGUITO DI INFORTUNIO – operante per tutte le categorie**

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

- ✓ onorari dei chirurghi e dell'equipe operatoria;
- ✓ uso della sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi terapeutici, protesici e endoprotesi applicati durante l'intervento;
- ✓ rette di degenza;
- ✓ esami, esami di laboratorio, accertamenti diagnostici;
- ✓ trattamenti fisioterapici e rieducativi, bagni, forni e altre cure mediche occorrenti;
- ✓ trasporto dell'assicurato in ospedale o in clinica e il ritorno a casa effettuato con ambulanza e/o mezzi speciali di soccorso,
- ✓ prestazioni mediche e infermieristiche, medicinali, sangue, plasma, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari e attrezzature similari.

Sono altresì comprese le spese per cure, interventi chirurgici e applicazioni effettuate allo scopo di ridurre o eliminare le conseguenze di danni estetici provocati da infortunio.

Qualora l'Assicurato venga ritenuto non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera del luogo ove è avvenuto l'infortunio, la Società rimborsa altresì le spese di trasferimento con ambulanza, eliambulanza o aereo in un centro ospedaliero attrezzato alla cura dell'infortunato. La Società effettuerà i rimborsi, previa presentazione dei documenti giustificativi di spesa in originale, a cura ultimata.

La presente garanzia vale fino a concorrenza di **€ 5.000,00** per ogni persona infortunata ed è prestata in aggiunta ai capitali assicurati pro-capite per gli appartenenti alle diverse categorie di assicurati di cui alle Condizioni Particolari di Assicurazione.

Nell'ambito di suddetto limite si intendono altresì comprese, sino alla concorrenza di **€ 1.000,00** per ogni persona, le spese per cure odontoiatriche e protesi dentarie.

**f) RIMPATRIO DELLA SALMA (valido in Italia e all'estero) – operante per tutte le categorie**

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 che lo colpiscano nel corso di una missione di lavoro disposta dal Contraente, fino al luogo di sepoltura e fino alla concorrenza di **€ 1.000,00** per persona assicurata.

**e) RIENTRO SANITARIO – operante per tutte le categorie**

La garanzia nel limite di € 1.000,00 per sinistro, è estesa al rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato in caso di infortunio che lo colpiscano nel corso di una missione di lavoro disposta dal Contraente e che rendano necessario il suo trasporto in Italia o alla sua residenza.

**ART. 19 CUMULO INDENNITA'**

Le indennità da ricovero e gessatura ed il rimborso delle spese mediche a seguito di infortunio sono cumulabili con l'indennità per morte o per invalidità permanente.

Se dopo il pagamento di un'indennità per invalidità permanente, ma entro 2 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 chiederà 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 ed offerto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

#### **ART. 20 CONTROVERSIE**

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

Il collegio medico risiede ove ha sede l'Assicurato/Contraente.

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

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

#### **ART. 21 ANTICIPAZIONE INDENNIZZO**

Per invalidità permanente di grado superiore al 10% l'Assicurato ha facoltà di richiedere un anticipo di indennizzo.

Tale richiesta deve essere presentata almeno 30 giorni dopo l'inoltro della denuncia di sinistro.

La Società, entro 30 giorni successivi, provvederà alla erogazione di un importo pari al 50%, della somma che, sulla base delle stime preliminari, risulterà al momento indennizzabile. Non si darà luogo ad erogazione di anticipi quando sussistano giustificati dubbi sull'indennizzabilità del danno.

#### **ART. 22 RINUNCIA ALL'AZIONE DI SURROGA**

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

#### **ART. 23 OBBLIGO DI FORNIRE DATI SULL'ANDAMENTO DEI RISCHI**

La Società si impegna a fornire al Contraente per il tramite del Broker, alle scadenze annuali e a richiesta del Contraente stesso, i tabulati contenente i dati relativi all'andamento del rischio dall'inizio del contratto assicurativo in formato elettronico (excel).

Tali tabulati dovranno riportare per ciascun sinistro:

- numerazione attribuita alla pratica
- data di accadimento,
- stato di gestione del sinistro (aperto / riservato / liquidato / senza seguito)
- importo liquidato o posto a riserva
- Descrizione dell'evento
- Nominativo assicurato

Si precisa in proposito che:

- i predetti tabulati dovranno essere forniti entro 30 giorni dalla data sopra indicata, anche in assenza di formale richiesta scritta del Contraente e/o del Broker;
- in previsione della scadenza definitiva del contratto, ed al fine di consentire l'indizione di una nuova procedura di gara, 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;
- l'obbligo di fornire i dati in argomento permane anche successivamente alla definitiva scadenza del contratto, a fronte di formale richiesta scritta da parte del Contraente, anche per il tramite del Broker, da inviarsi con cadenza annuale a far tempo dalla data di cessazione della polizza.

## SEZIONE IV

### RISCHI INDENNIZZABILI

#### ART. 24 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione vale per gli Infortuni subiti dall'Assicurato nei termini, nelle modalità e per le garanzie previste e richiamate in Polizza.

Sono compresi in garanzia anche:

- l'asfissia causata da fuga di gas, fumi o vapori, asfissia non di origine morbosa;
- soffocamento da ingestione di solidi;
- gli avvelenamenti o intossicazioni acute da ingestione di cibo o altre sostanze;
- intossicazioni anche aventi origine traumatica;
- le affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi, escluse per queste ultime quelle di cui gli insetti siano portatori necessari, le punture vegetali, nonché le infezioni (quelle tetaniche) conseguenti ad eventi risarcibili a termini di polizza;
- le ustioni di animali e/o vegetali in genere, il contatto con corrosivi;
- l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento;
- la folgorazione e scariche elettriche in genere;
- colpi di sole e di calore;
- le lesioni determinate da sforzi, esclusi gli infarti e le ernie;
- le conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche di altre cure rese necessarie da infortunio coperto dalla presente polizza;
- i danni estetici conseguenti ad infortunio (quali a titolo esemplificativo le lesioni al viso che determinino deturpazioni o sfregi permanenti);
- le conseguenze patologiche provocate da impiego e/o contatto con materiale biologico (sangue, saliva, urine, reperti anatomici, ecc.) e/o di altra natura;
- gli infortuni sofferti in stato di malore o incoscienza o conseguenti a vertigini;
- gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- gli infortuni derivanti da influenze termiche ed atmosferiche;
- gli infortuni che, durante il viaggio aereo, derivassero da attentati, pirateria, sabotaggio, terrorismo, forzato dirottamento purché non conseguenti a guerra (anche se non dichiarata), ad insurrezione o tumulti popolari;
- gli infortuni conseguenti a colpi di sonno;
- le malattie tropicali previste dalle disposizioni di legge in materia;
- ernie e sforzi da causa violenta;
- gli infortuni derivanti da aggressioni in genere;
- 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 in caso di guida sia in possesso, ove prescritto, di regolare patente di abilitazione alla guida medesima.

#### ART. 25 ESTENSIONI PARTICOLARI DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

##### a) 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 stabilito e viceversa, purché questi infortuni avvengano durante il tempo strettamente necessario a compiere il percorso in via ordinaria e con gli abituali mezzi di locomozione, tanto privati che pubblici, o anche di civica proprietà, oltre che a piedi. Si precisa che per il Segretario dell'Ente, il rischio on itinere è considerato anche il tragitto da un Comune all'altro nell'ambito della Convenzione di Segreteria Generale.

##### b) Stato di guerra e di insurrezione

La garanzia si intende estesa agli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata)

e di insurrezione per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero in un Paese sino ad allora in pace.

Sono comunque esclusi dalla garanzia gli infortuni derivanti dalla predetta causa che colpissero l'assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, dello Stato della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino, in Ucraina ed in Bielorussia.

**c) 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.

La Società risponde delle garanzie di cui alla presente estensione nel limite delle somme assicurate e massimali previsti:

per ogni persona: € 1.000.000,00 per caso morte;

€ 1.000.000,00 per caso invalidità permanente;

€ 260,00 giornaliero per invalidità temporanea.

per aeromobile: € 5.000.000,00 per caso morte;

€ 5.000.000,00 per caso invalidità permanente;

€ 5.200,00 giornaliero per invalidità temporanea.

In detta limitazione per aeromobile rientrano i capitali riferenti 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.

**d) Responsabilità del Contraente (ove applicabile)**

Qualora il Contraente sia ritenuto responsabile dell'infortunio, l'indennizzo dovuto dalla Società ai sensi della presente polizza sarà imputato nel risarcimento spettante all'Assicurato o ai suoi aventi diritto. La presente disposizione potrà non essere applicata su richiesta scritta del Contraente.

**ART. 26 LIMITI TERRITORIALI E DI RISARCIMENTO**

L'assicurazione vale per tutto il mondo.

L'inabilità temporanea, al di fuori dei Paesi europei, vale unicamente per il periodo di ricovero ospedaliero e dal giorno di rientro in Italia dell'Assicurato.

Nel caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più assicurati, l'esborso a carico della Società non potrà superare la somma complessiva di **€ 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. 27 ESCLUSIONI**

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni:

- derivanti dalla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente;
- da partecipazione a gare e corse (e relative prove) calcistiche e ciclistiche qualora le stesse siano organizzate sotto l'egida delle rispettive Federazioni sportive;
- 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;
- in occasione di eventi direttamente connessi allo stato di guerra dichiarata o non dichiarata, salvo quanto previsto per il rischio guerra (art. 24 lett.b);
- sotto influenza di stupefacenti, psicofarmaci ed allucinogeni assunti volontariamente fatto salvo se dietro prescrizione medica;
- in conseguenza di dolo o di azioni delittuose dell'Assicurato;

- da stato di ubriachezza alla guida di veicoli o natanti a motore in genere;
- 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;
- in conseguenza diretta od indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche.

**MALATTIE INFETTIVE - PANDEMIE**

La presente polizza non copre alcun sinistro direttamente o indirettamente derivante da, contribuito o risultante da pandemie o Covid-19. Se la compagnia sostiene che in ragione di questa esclusione un qualsiasi sinistro non debba essere coperto dal presente accordo, l'onere della prova contraria sarà a carico della Contraente /Assicurato.

**ART. 28 PERSONE ESCLUSE DALL'ASSICURAZIONE O NON ASSICURABILI**

Non sono coperte dalla presente polizza, fatto salvo patto speciale, le persone di età superiore a **75 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.

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, o altre infermità mentali (sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive, stati paranoici); l'assicurazione cessa con il suo manifestarsi.

**ART. 29 MORTE E INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA (estensione di garanzia operante solo per le categorie dove richiamata)**

L'Assicurazione è prestata esclusivamente per il caso di Morte e Invalidità Permanente totale in conseguenza di malattia manifestatasi nel corso del contratto.

Si considera invalidità permanente totale la perdita, definitiva ed irrimediabile, della capacità all'esercizio dell'attività dell'Assicurato, tale da non consentire la prosecuzione del rapporto di lavoro con la Contraente, ed abbia una riduzione permanente delle sue capacità lavorative generiche in misura non inferiore al 40%.

La Società liquiderà in tal caso il 100% della somma assicurata.

Resta convenuto che, in ogni caso, l'eventuale cumulo di indennità spettanti all'Assicurato non potrà comunque superare il 100% della somma assicurata.

Resta altresì convenuto che, nel caso in cui il grado di Invalidità Permanente riconosciuto dall'INPS fosse superiore a quello accertato dalla Società, l'indennizzo verrà liquidato sulla base della valutazione INPS. Qualora poi la liquidazione da parte della Società fosse già intervenuta, l'Assicurato potrà richiedere il conguaglio di indennizzo sempre che l'espressa richiesta - a pena di decadenza - venga avanzata entro e non oltre 12 mesi dal pagamento della somma iniziata riconosciuta dalla Società.

Somma assicurata Morte e Invalidità permanente da malattia € 100.000,00.

**Denuncia della malattia**

La denuncia di ciascuna malattia che possa comportare secondo parere medico una invalidità permanente deve essere fatta per iscritto dall'Assicurato alla Società entro 30 giorni dalla sua diagnosi clinica o strumentale oppure dal memento in cui ne ha avuto conoscenza o possibilità ai sensi dell'art. 1913 del Codice Civile.

Successivamente devono essere inoltre inviati i certificati medici, le copie delle cartelle cliniche e di ogni altro documento che attesti il decorso e le conseguenze della malattia e che risulti utile ai fini della valutazione dei postumi invalidanti compreso il certificato attestante la stabilizzazione della malattia denunciata. La percentuale di invalidità permanente viene accertata non prima che siano trascorsi almeno 150 giorni dalla data della denuncia effettuata nei termini anzidetti e comunque non oltre 210 giorni dalla stessa. La Società risponde delle denunce presentate entro 180 giorni dalla data di cessazione dell'assicurazione.

L'Assicurato, i suoi familiari od aventi diritto, devono consentire alla Società le indagini, le valutazioni e

gli accertamenti necessari, da eseguirsi in Italia.

L'inadempimento degli obblighi relativi alla denuncia del sinistro può comportare la perdita totale o parziale del diritto dell'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

## SEZIONE V

### CARATTERISTICHE DEL RISCHIO E CATEGORIE DI ASSICURATI

#### ART. 30 IDENTIFICAZIONE DEGLI ASSICURATI

La presente polizza viene stipulata per tutte le categorie di seguito riportate, per le quali il Contraente ha l'obbligo o l'interesse ad attivare la copertura assicurativa e vale per gli Infortuni subiti dagli Assicurati, in Italia o all'estero e che siano **Professionali o in itinere, come nel dettaglio precisato per ogni singola Categoria assicurata.**

Per le categorie identificate non si farà luogo ad alcuna comunicazione da parte del Contraente ritenendosi gli Assicurati coperti fin dalla decorrenza della presente polizza.

Il Contraente è quindi esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per la identificazione di tali persone, per la determinazione delle somme assicurate, per il computo del premio, si farà riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione dell'Ente, e di altri documenti equipollenti.

La Contraente è inoltre 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.

#### ART. 31 SOGGETTI ASSICURATI – CATEGORIE ASSICURATE

Con il presente contratto si assicurano i seguenti soggetti delle Categorie di seguito specificate.

##### Categoria A: Infortuni Professionali, in itinere:

- Amministratori comunali – Sindaco, Vicesindaco, Assessori, Consiglieri comunali con delega.

##### Categoria B: Infortuni Professionali, in itinere:

- Conducenti veicoli di proprietà dell'Ente, di proprietà di terzi ed in uso esclusivo all'Ente, in locazione o in comodato all'Ente.

##### Categoria C: Infortuni Professionali, in itinere:

- Volontari ed operativi del servizio pedibus.

##### Categoria D: Infortuni Professionali, in itinere:

- Volontari.



**CATEGORIA A  
AMMINISTRATORI COMUNALI****ASSICURATI**

Sindaco, Vicesindaco, Assessori, Consiglieri comunali con delega

**OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE**

L'Assicurazione vale per gli infortuni sofferti durante lo svolgimento delle funzioni previste dalle specifiche cariche ricoperte, compreso il rischio in itinere e durante le missioni e gli incarichi di rappresentanza svolti per conto della Contraente e preventivamente autorizzati dall'organo competente.

Devono intendersi comprese tutte le attività connesse, collegate, accessorie, complementari e conseguenti, nessuna esclusa né eccettuata, come ad esempio: manifestazioni (sportive, culturali, artistiche, storiche, sociali, politiche e simili), congressi, seminari, simposi, ricevimenti, spettacoli, proiezioni, mostre e fiere, mercati, esposizioni, convegni, inaugurazioni, gite etc., anche con la partecipazione attiva e non solo di rappresentanza.

L'assicurazione comprende gli infortuni verificatisi durante i viaggi di trasferimento resi necessari dall'espletamento delle funzioni predette oltre che a piedi anche con uso di mezzi di locomozione, di motocicli, autoveicoli ed aerei.

GARANZIA	SOMME ASSICURATE PRO-CAPITE	
Morte	€	350.000,00
Invalidità permanente	€	350.000,00
Rimborso Spese Mediche da Infortunio	€	5.000,00
Franchigia su I.P.	NESSUNA	

**CATEGORIA B**  
**CONDUCENTI VEICOLI DI PROPRIETA' DELL'ENTE, DI PROPRIETA' DI TERZI ED**  
**IN USO ESCLUSIVO ALL'ENTE, IN LOCAZIONE O COMODATO ALL'ENTE**

**ASSICURATI**

Conducenti veicoli di proprietà dell'ente, in locazione o comodato e/o di proprietà di terzi

**OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE**

L'assicurazione vale per gli infortuni subiti dagli assicurati in occasione della guida di veicoli di proprietà dell'Ente, in locazione o comodato e/o di proprietà di terzi per missioni, autorizzate dal Contraente, o espletamento del servizio per conto del Contraente stesso.

Sono altresì comprese nell'assicurazione le persone di cui sia stato autorizzato il trasporto.

La garanzia è operante sia quando la sede di partenza risulti essere il luogo presso il quale l'assicurato presta abitualmente servizio oppure altro luogo.

Sono compresi in garanzia gli infortuni subiti:

- ✓ durante la messa in moto del veicolo;
- ✓ in occasione della salita o discesa dal veicolo od operazioni attorno ad esso;
- ✓ in caso di fermata del veicolo durante le operazioni necessarie per la ripresa della marcia o per lo spostamento del veicolo da posizioni di intralcio;
- ✓ nel tentativo di salvataggio del veicolo o dei suoi occupanti;
- ✓ durante la prestazione di assistenza ai trasportati in fase di salita o discesa dal veicolo.

GARANZIA	SOMME ASSICURATE PRO-CAPITE	
	€	
Morte	€	200.000,00
Invalità permanente	€	200.000,00
Rimborso Spese Mediche da Infortunio	€	5.000,00
Franchigia su I.P.	NESSUNA	

**CATEGORIA C**  
**VOLONTARI ED OPERATIVI SERVIZIO PEDIBUS****ASSICURATI**

Volontari impiegati nel servizio "Pedibus".

**OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE**

L'assicurazione vale per gli infortuni subiti a causa o in occasione dell'espletamento del servizio "Pedibus" svolto per conto dell'Ente.

GARANZIA	SOMME ASSICURATE PRO-CAPITE	
	€	
Morte	€	100.000,00
Invalidità permanente	€	150.000,00
Rimborso Spese Mediche da Infortunio	€	5.000,00
Franchigia su I.P.	NESSUNA	

**CATEGORIA D  
VOLONTARI****ASSICURATI**

Volontari

**OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE**

L'assicurazione vale per gli infortuni subiti dagli assicurati a causa o in occasione dell'espletamento di tutte le attività connesse allo svolgimento di lavori e/o servizi di pubblica utilità quali a titolo esemplificativo e non limitativo: gestione di spazi pubblici, interventi rivolti ai cittadini, assistenza persone, soccorso alla popolazione, manutenzione patrimonio pubblico e similari.

Si intende compreso il rischio "in itinere" (infortuni che possono verificarsi durante il percorso dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa), missioni e trasferte in genere.

Devono intendersi comprese tutte le attività connesse, collegate, accessorie, complementari e conseguenti, nessuna esclusa né eccettuata, come ad esempio: manifestazioni (sportive, culturali, artistiche, storiche, sociali, politiche e simili), congressi, seminari, simposi, ricevimenti, spettacoli, proiezioni, mostre e fiere, mercati, esposizioni, convegni, inaugurazioni, gite etc., anche con la partecipazione attiva e non solo di rappresentanza.

GARANZIA	SOMME ASSICURATE PRO-CAPITE	
	€	
Morte	€	100.000,00
Invalidità permanente	€	150.000,00
Rimborso Spese Mediche da Infortunio	€	5.000,00
Franchigia su I.P.	NESSUNA	

## SEZIONE VI CALCOLO DEL PREMIO

Il premio annuo lordo, viene conteggiato in base ai costi finiti (inclusa l'imposta) sotto indicati e viene anticipato in via provvisoria

### Calcolo del premio anticipato annuo lordo

CATEGORIE	CALCOLO PREMIO	IMPORTO	
<b>A</b>	Numero assicurati 5 x € _____	€	_____
<b>B</b>	Numero veicoli 23 x € _____	€	_____
<b>C</b>	Numero volontari 25 x € _____	€	_____
<b>D</b>	Numero volontari 25 x € _____	€	_____

<b>PREMIO LORDO PRIMA RATA DAL 31/12/2022 AL 31/12/2023</b>	€	_____
<b>PREMIO ANNUO LORDO MINIMO comunque acquisito dalla Società, pari al 90% del Premio Annuo Lordo Anticipato</b>	€	_____

Entro 180 giorni dalla fine di ogni anno di assicurazione o periodo di assicurazione, affinché la Società possa procedere alla regolazione del premio definitivo, il Contraente è tenuto a comunicare alla Società stessa i dati consuntivi relativi alle diverse categorie e precisamente:

CATEGORIE	ASSICURATI	IMPORTO
<b>A</b>	<b>AMMINISTRATORI COMUNALI</b> Sindaco, Assessori Comunali	Numero degli assicurati
<b>B</b>	<b>CONDUCENTI VEICOLI DI PROPRIETA' DELL'ENTE, IN LOCAZIONE O COMODATO E/O DI PROPRIETA' DI TERZI</b>	Numero veicoli
<b>C</b>	<b>VOLONTARI SERVIZIO PEDIBUS</b>	Numero volontari
<b>D</b>	<b>VOLONTARI</b>	Numero volontari

Il conteggio del premio per gli assicurati delle categorie di polizza che prevede il parametro "numero degli assicurati" e "numero dei veicoli" verrà eseguito sulla base del numero degli assicurati e del numero dei veicoli calcolati alla scadenza annua o minor periodo di polizza, a prescindere dalle variazioni intervenute in corso d'anno (inserimenti ed esclusioni) che si riterranno comunque assicurati. Le differenze attive o passive risultanti dalle regolazioni devono essere pagate entro 60 giorni dalla relativa comunicazione.

La mancata comunicazione dei dati occorrenti per la regolazione costituisce presunzione di una differenza attiva a favore della Società.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti ed il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società deve fissargli, mediante atto formale di messa in mora, un ulteriore termine non inferiore 30 giorni, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le

rate successive viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo all'annualità assicurativa per la quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva. Conseguentemente l'assicurazione resta sospesa fino alle ore 24,00 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare con lettera raccomandata la risoluzione del contratto.

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

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 le documentazioni necessarie.

IL CONTRAENTE

---

LA SOCIETA'

---