

CAPITOLATO PER L'ASSICURAZIONE

Infortuni



**Comune di
Gravina in Puglia**

ALLEGATO.3

SEZIONE 1 DEFINIZIONI E DESCRIZIONE DELL'ATTIVITA'**Art. 1 – Definizioni**

Assicurazione:	Il contratto di assicurazione
Polizza:	Il documento che prova l'assicurazione;
Contraente:	Il soggetto che stipula l'assicurazione, riportato nel frontespizio della presente polizza.
Assicurato:	La persona fisica o giuridica il cui interesse è protetto dalla Assicurazione
Beneficiario:	In caso di morte gli eredi legittimi o testamentari, in tutti gli altri casi l'assicurato stesso.
Società:	L'impresa assicuratrice nonché le coassicuratrici;
Broker:	L'Impresa di Brokeraggio assicurativo alla quale, per incarico conferito dal Contraente, è affidata la gestione dell'assicurazione
Premio:	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
Rischio:	la probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.
Sinistro:	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
Indennizzo:	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Franchigia:	La parte di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.
Scoperto:	La parte percentuale di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.
Annualità assicurativa o periodo assicurativo:	Il periodo pari o inferiore a 12 mesi compreso tra la data di effetto e la data di scadenza o di cessazione dell'assicurazione.
Infortunio:	ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte e/o una invalidità permanente e/o una inabilità temporanea.
Invalidità permanente:	la diminuita capacità o la perdita definitiva ed irrimediabile della capacità generica ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato.
Inabilità temporanea:	la perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato di attendere alle attività professionali dichiarate
Istituto di cura:	l'ospedale pubblico, la clinica, la casa di cura sia accreditati presso il Servizio Sanitario Nazionale che privati, legalmente riconosciuti e regolarmente autorizzati al ricovero dei malati, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno
Ricovero:	la degenza in Istituto di cura che comporti almeno un pernottamento.
Massimale per sinistro	la massima esposizione della Società per sinistro.
Rischio in itinere	Intendendosi per tale gli 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

Art. 2 – Identificazione degli Assicurati

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

Per le categorie identificate come automaticamente coperte alla Sezione 6 non si farà luogo ad alcuna comunicazione da parte del Contraente ritenendosi gli Assicurati coperti fin dalla decorrenza della presente polizza.

SEZIONE 2 NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

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

Il Contraente deve comunicare alla Società ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 C.C. La Società ha peraltro il diritto di percepire la differenza di premio corrispondente al maggior rischio 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.

Tuttavia l'omissione, incompletezza o inesattezza della dichiarazione da parte del Contraente di una circostanza eventualmente aggravante il rischio, durante il corso della validità della presente polizza così come all'atto della sottoscrizione della stessa, non pregiudicano il diritto all'indennizzo, sempreché tali omissioni, incomplete o inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo del Contraente.

Il Contraente e l'Assicurato sono esentati da qualsiasi obbligo di dichiarare i danni che avessero colpito le polizze da loro sottoscritte a copertura dei medesimi rischi precedentemente la stipulazione della presente polizza di assicurazione.

Art. 2 - Assicurazione presso diversi Assicuratori

Si conviene tra le Parti che qualora si rivelasse che per gli stessi enti oggetto 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 ,proroga del contratto, disdetta

La presente polizza ha durata dalle ore 24.00 del 31.03.2018 e scadenza alle ore 24.00 del 31.03.2021; a tale data la polizza si intenderà cessata senza obbligo di preventiva disdetta.

E' 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 120 giorni.

La Società s'impegna a prorogare l'assicurazione, per il periodo massimo suddetto, alle medesime condizioni, contrattuali ed economiche, in vigore ed il relativo rateo di premio verrà corrisposto entro 90 (novanta) giorni dall'inizio della proroga.

E' comunque nella facoltà delle Parti di disdettare la presente assicurazione di ogni anno, mediante disdetta da inviare tramite Raccomandata A/R o PEC (posta elettronica certificata) spedita almeno 120 giorni prima della scadenza annuale.

L'Amministrazione, a seguito di intervenuta disponibilità di convenzioni Consip o accordi quadro resi disponibili da centrali di committenza (art. 1, comma 13, DL 95/2012 convertito in Legge 135/2012 e ss.mm. e ii.), si riserva di recedere dal contratto qualora accerti condizioni più vantaggiose rispetto a quelle praticate dall'affidatario, nel caso in cui la Società non sia disposta ad una revisione del prezzo in conformità a dette iniziative. Il recesso diverrà operativo previo invio di apposita comunicazione, e fissando un preavviso non inferiore ai 15 giorni.

Art. 4 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

L'assicurazione decorre dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza anche se il pagamento del premio annuale potrà essere effettuato dal Contraente entro 60 (sessanta) giorni successivi al medesimo.

Se il Contraente non paga il premio o le rate di premio annuali successive entro tali termini, l'assicurazione resta sospesa, dalle ore 24.00 dell'ultimo giorno utile per il pagamento del premio, e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.

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

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

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

Art. 5 – Regolazione del premio

Poiché il premio è convenuto in tutto o in parte in base ad elementi di rischio variabile, esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza (Sezione 6) ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minor durata del contratto secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio.

A tale scopo entro 180 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione il Contraente deve fornire per iscritto alla Società i dati necessari per il conteggio del premio consuntivo.

Le differenze attive o passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei 90 giorni successivi al ricevimento da parte del Contraente dell'apposita appendice ritenuta corretta di regolazione emessa dalla Società.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti od il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società deve fissargli, mediante atto formale di messa in mora, un ulteriore termine non inferiore a 30 giorni dandone comunicazione scritta, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto od a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo annuo per il quale non ha avuto luogo la regolazione od il pagamento della differenza attiva e la garanzia resta sospesa fino alle ore 24.00 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto i suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

In caso di mancata comunicazione dei dati di regolazione o di mancato pagamento del premio di conguaglio non dovuti a comportamento doloso del Contraente, gli eventuali sinistri potranno essere indennizzati nella stessa proporzione esistente tra il premio versato a deposito e l'intero premio dovuto (deposito più conguaglio).

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie gli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società deve fissargli lo stesso termine di 30 giorni trascorso il quale, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, la Società stessa 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 il Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie.

Art. 6 – Legittimazione ed Assicurazione per conto di chi spetta

La Società dà e prende atto che la presente polizza viene stipulata, a favore degli Assicurati, dalla Contraente che adempie agli obblighi previsti dall'assicurazione stessa, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato persona fisica, così come disposto dall'art. 1891 C.C. Per effetto di quanto precede la Società riconosce il consenso degli Assicurati stessi sin dalla stipula del contratto anche se non formalmente documentato

Art. 7 - Facoltà di recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro e fino al trentesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società o il Contraente possono recedere dall'assicurazione con preavviso di 120 (centoventi) giorni tramite PEC o mail o lettera raccomandata o fax o altro mezzo idoneo alla comunicazione. In tal caso la Società, entro 30 (trenta) giorni dalla data d'efficacia del recesso, rimborsa la parte di Premio, al netto dell'imposta governativa, relativa al periodo di rischio non corso, conguagliata con quanto eventualmente dovuto dal Contraente per variazioni intervenute nel corso di validità della polizza.

La riscossione di Premi, o rate di Premio, venuti a scadenza dopo il recesso per Sinistro o qualunque altro atto della Società e/o del Contraente, non potranno essere interpretati come rinuncia della Società stessa a valersi della facoltà di recesso. Resta inteso che i predetti Premi sono dovuti in pro-rata al periodo residuo di validità della polizza venutosi a determinare a seguito del recesso

Il recesso per sinistro si intende operante per la assicurazione o come diversamente specificato nella dichiarazione di offerta Tecnica.

Art. 8 -Modifiche dell'assicurazione

Le eventuali modifiche delle polizze debbono essere provate per iscritto.

Art. 9 -Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società

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 fax, mezzo posta elettronica, posta elettronica certificata o altro mezzo idoneo.

Anche le eventuali modificazioni dell'Assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art. 10 - Oneri fiscali

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

Art. 11 - 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. 12 -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. 13 - Obbligo di fornire dati sull'andamento dei rischi

La Società alle scadenze del 31.12 di ogni anno, si impegna a fornire al Contraente il dettaglio dei sinistri così suddiviso:

- sinistri denunciati;
- sinistri riservati (con indicazione dell'importo riservato);
- sinistri liquidati (con indicazione dell'importo liquidato, indicando anche l'importo posto inizialmente a riserva);
- sinistri senza seguito;
- sinistri respinti.

Tutti i Sinistri dovranno essere corredati di data di apertura della pratica presso la Società, di data di accadimento del Sinistro denunciato e data dell'eventuale chiusura della pratica per liquidazione o altro motivo e della breve descrizione dell' accadimento.

Il monitoraggio deve essere fornito progressivamente, cioè in modo continuo ed aggiornato, dalla data d'accensione della copertura fino a quando non vi sia la chiusura di tutti i Sinistri denunciati.

Gli obblighi precedentemente descritti non potranno impedire al Contraente di chiedere e di ottenere un aggiornamento, con le modalità di cui sopra, in date diverse da quelle indicate.

In particolare, nel caso in cui la Società esercitasse la facoltà di recesso in caso di Sinistro, la statistica dettagliata dei Sinistri deve essere fornita in automatico dalla Società entro e non oltre 30 giorni di calendario dalla data in cui il recesso è stato inviato.

In caso di mancato rispetto di quanto previsto nel presente articolo, in assenza di adeguate motivazioni legate a causa di forza maggiore, l'Assicuratore dovrà corrispondere al Contraente un importo pari allo 0,1% del premio lordo annuo per ogni giorno commerciale di ritardo fino ad un massimo del 20% (venti) del Premio Lordo Annuo.

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

Per gli adempimenti relativi alle informazioni da fornirsi successivamente alla data di scadenza del contratto, l'applicazione delle eventuali penali è garantita dalla cauzione definitiva che non potrà essere svincolata fino alla completa trasmissione delle informazioni di cui al presente articolo.

Art. 14 - Coassicurazione e Delega (operante se del caso)

Qualora l'Assicurazione fosse ripartita per quote fra diverse Società coassicuratrici indicate nel contratto di Assicurazione. Ciascuna di esse è tenuta alla prestazione in proporzione della relativa quota, quale risulta dal Contratto, in deroga all'art.1911 tutte le Società sono responsabili in solido nei confronti dell'Ente.

Le Società hanno convenuto di affidare la gestione del presente contratto alla Delegataria indicata in esso, che pertanto sarà l'unica deputata a svolgere i rapporti inerenti la presente assicurazione.

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 nell'atto suddetto (polizza o appendice) a firmarlo anche in loro nome e per loro conto.

Pertanto la firma apposta dalla direzione della Società Delegataria sul documento di assicurazione, lo rende ad ogni effetto valido anche per le quote delle coassicuratrici.

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

Si precisa infine che alla Società delegataria viene attribuita la rappresentanza processuale delle Società coassicuratrici.

Art. 15 – A.T.I. Associazione Temporanea d'impresa (operante se del caso)

Il servizio assicurativo di cui alla presente polizza è effettuato dalle Compagnie assicuratrici componenti l'Associazione Temporanea d'Impresa come da atto notarile stipulato.

Il termine Società indica quindi tutte e ciascuna delle Compagnie assicuratrici costitutesi in Associazione Temporanea di Impresa, nel rispetto di tutti i termini di Legge e con assunzione di responsabilità solidale nei confronti del Contraente/Assicurato.

Ogni Società mandante riconosce come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti compiuti dalla Società mandataria per conto comune.

Le Società convengono che l'incasso dei premi di polizza avverrà per il tramite del Broker, che provvederà a corrisponderlo a ciascuna Società secondo le rispettive quote percentuali di partecipazione all'Associazione Temporanea di Impresa.

Art. 16 – Gestione della polizza

L'Assicurato dichiara di aver affidato la gestione della presente polizza ad AON S.p.A in qualità di Broker, ai sensi del D.lgs n. 209/05 e s.m.i.

Pertanto, agli effetti delle condizioni della presente polizza, gli Assicuratori danno atto che ogni comunicazione fatta dal Contraente/Assicurato al Broker si intenderà come fatta agli Assicuratori stessi e viceversa, come pure ogni comunicazione fatta dal Broker agli Assicuratori si intenderà come fatta dal Contraente/Assicurato stesso; gli Assicuratori inoltre, riconoscono che il pagamento dei premi sia fatto tramite il Broker sopra designato e riconoscono che tale atto è liberatorio per l'Assicurato/Contraente.

La Società riconosce che la provvigione del Broker e' a proprio carico. Il Broker tratterà all'atto della rimessa dei premi alla Società le commissioni di spettanza nella misura del 0,001% sul premio imponibile.

Art. 17 - Rinvio alle norme di legge

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

Art. 18 - Trattamento dei dati

Ai sensi del DLgs 196/03 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. 19 - Tracciabilità 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.

Art.1 – Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio delle attività dichiarate dal Contraente, compreso il rischio in itinere, che abbiano per conseguenza la morte o un'invalidità permanente.

Si ritengono automaticamente prestate per tutti gli Assicurati le garanzie di cui ai successivi Artt. della presente Sezione.

Sono compresi in garanzia anche i seguenti eventi e/o gli infortuni derivanti dai seguenti eventi:

1. l'asfissia non di origine morbosa;
2. gli avvelenamenti o le intossicazioni conseguenti ad ingestione od assorbimento di sostanze;
3. contatto con corrosivi;
4. le affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi;
5. l'annegamento;
6. l'assideramento o congelamento;
7. la folgorazione;
8. i colpi di sole o di calore o di freddo;
9. le lesioni (compresi gli infarti) determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico;
10. gli infortuni derivanti da aggressioni in genere;
11. gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismi, attentati, sequestri, rapine, azioni di dirottamento o di pirateria a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva, salvo il caso di legittima difesa o di umana solidarietà;
12. gli infortuni derivanti da malore, vertigini ed incoscienza, nonché quelli derivanti da imprudenza, imperizia e negligenza, anche gravi;
13. gli infortuni derivanti dall'uso o guida di biciclette, 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;
14. gli infortuni causati da forze della natura compresi terremoto, maremoto, eruzione vulcanica, alluvioni, inondazioni, frane, smottamenti, valanghe, slavine;
15. gli infortuni causati da influenze termiche ed atmosferiche;
16. gli infortuni derivanti da stato di ubriachezza;
17. gli infortuni subiti sotto influenza di stupefacenti, psicofarmaci ed allucinogeni, se assunti dietro prescrizione medica;

18. ernie addominali da sforzo e strappi muscolari derivanti da sforzo, nonché le ernie traumatiche;
19. durante la pratica non professionale di qualsiasi sport, esclusi il paracadutismo e la scalata di rocce con difficoltà superiore al III grado senza accompagnamento.

Art. 2 – Rimborso spese mediche

In caso di prestazioni sanitarie, rese necessarie da infortunio, la Società rimborserà le spese sostenute e debitamente documentate fino ad un massimo di € 2.500,00 per persona assicurata.

Tale somma indennizzerà, a titolo esemplificativo e non limitativo, l'Assicurato per le spese sostenute in occasione di:

1. onorari dei chirurghi e dell'equipe medica;
2. uso della sala operatoria;
3. rette di degenza in ospedali o cliniche;
4. medicinali prescritti dal medico curante;
5. onorari dei medici, anche per cure e visite;
6. accertamenti diagnostici ed ambulatoriali, compresi esami di laboratorio;
7. interventi dentistici ed odontoiatrici;
8. rottura di occhiali e lenti (anche a contatto);
9. applicazione di protesi;
10. trasporto dell'Assicurato in ospedale o clinica o presidio medico più vicino.

Art. 3 – Diaria per ricovero

La Società corrisponde, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza, l'indennità giornaliera indicata nella scheda della Sezione 6 fino al limite ivi stabilito, per ogni giorno di degenza, effettuato in Istituti di Cura pubblici, accreditati o privati in Italia o all'estero. Al fine del computo dei giorni di degenza, il giorno di entrata e quello di uscita sono computati come un singolo giorno.

Art. 4 – Danni estetici

Si conviene che in caso di infortunio non escluso dalle Condizioni della presente polizza, che produca conseguenze di carattere estetico al viso, ma che non comporti indennizzo a titolo di invalidità permanente, la Società rimborserà comunque le spese documentate sostenute dall'Assicurato per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico, nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica, il tutto entro il limite di € 2.500,00 per evento.

Art. 5 – 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.

Sono inclusi gli infortuni subiti in occasione di dirottamenti effettuati o tentati.

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

- € 1.500.000,00 per il caso di invalidità permanente
- € 1.500.000,00 per il caso morte per persona e di:
- € 10.000.000,00 per il caso di invalidità permanente
- € 10.000.000,00 per il caso di morte complessivamente per aeromobile.

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

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

Art. 6 – Rischio guerra

A parziale deroga del disposto dell'Art. Esclusioni- Sez 4, la garanzia viene estesa agli infortuni avvenuti all'estero (escluso comunque il territorio della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino) derivanti da stato di guerra civile, guerra, invasione, atti nemici, ostilità (sia che la guerra sia dichiarata e no), per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di eventi bellici mentre si trova all'estero.

Art. 7 – HIV

La copertura è valida, limitatamente alle Categorie per le quali è indicato alla Sezione 6 il relativo capitale assicurato, anche nell'eventualità di H.I.V. (sieropositività), conseguente ad infortunio, che determini postumi invalidanti, verificatosi durante le attività assicurate da accertarsi entro tre anni dall'evento.

Art. 8 – Precisazione sulla validità territoriale

La presente polizza s'intende operante nel mondo intero. Gli indennizzi verranno corrisposti in Italia e nella relativa valuta corrente.

Art. 1 – Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni occorsi:

1. in occasione di eventi direttamente connessi allo stato di guerra dichiarata o non dichiarata, fatto salvo quanto precisato all'art. "rischio Guerra" della precedente Sezione 3;
2. durante la guida e l'uso di mezzi di locomozione aerea e la guida di mezzi subacquei, salvo quanto previsto all'art. "Oggetto dell'Assicurazione", Sezione 3.
3. in conseguenza di dolo o di azioni delittuose dell'Assicurato, fatto salvo quanto previsto all'art. "Oggetto dell'Assicurazione", sez. 3.
4. sotto influenza di stupefacenti, psicofarmaci ed allucinogeni assunti volontariamente, quindi senza prescrizione medica;
5. da stato di ubriachezza alla guida di veicoli o natanti a motore in genere;
6. in conseguenza diretta od indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche.

Art. 2 – Persone escluse dall'assicurazione o non assicurabili

Non sono coperte dalla presente polizza :

1. fatto salvo patto speciale, le persone di età superiore ad novanta 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;
2. indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS). L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi. Tuttavia, laddove l'assicurazione sia prestata sulla base di disposizione di legge o di contratti collettivi nazionali di lavoro la presente esclusione non troverà applicazione.

Art. 1 – Denuncia del sinistro e relativi obblighi

Il Contraente deve trasmettere alla Società, entro 30 giorni lavorativi da quando l'Ufficio Assicurazioni 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 a mezzo telefax e/o telegramma.

Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato, salvo quanto espressamente compreso nell'Assicurazione di cui alla precedente Sezione 3 ed alla successiva Sez. 6.

Art. 2 – Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio può avere esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

Parimenti, nei casi di preesistente mutilazione o difetto fisico, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti.

a) MORTE

L'indennizzo per il caso di morte è dovuto se la morte stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno dell'infortunio. Tale indennizzo viene liquidato ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali. L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per l'invalidità permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, i beneficiari - o in difetto di designazione gli eredi dell'Assicurato - non sono tenuti ad alcun rimborso ed hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per morte - se superiore - e quello già pagato per invalidità permanente.

b) MORTE PRESUNTA

La Società dichiara che se il corpo dell'Assicurato non venisse trovato entro sei mesi a seguito di arenamento, affondamento e naufragio del mezzo di trasporto aereo, lacustre, fluviale o marittimo, fermo restando quanto previsto dalle Condizioni di Assicurazione, verrà riconosciuto l'indennizzo previsto per il caso di morte, considerando l'evento di cui sopra come infortunio. Quando sia stato effettuato il pagamento delle indennità ed in seguito l'Assicurato ritorni o si abbiano di lui notizie sicure, la Società ha diritto alla restituzione delle intere somme pagate e relative spese, e l'Assicurato stesso potrà fare valere i diritti che eventualmente gli sarebbero spettati nel caso avesse subito lesioni indennizzabili a norma della presente 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.

c) INVALIDITÀ PERMANENTE – INVALIDITÀ SUPERIORE AL 50%

Ferma restando l'applicazione delle eventuali franchigie e/o scoperti previste alle rispettive Categorie assicurate, qualora l'infortunio abbia:

come conseguenza una invalidità permanente totale la Società corrisponde l'intera somma assicurata;

come conseguenza una invalidità permanente parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità permanente che viene accertata facendo riferimento alla tabella delle percentuali d'invalidità permanente allegata al D.P.R. 30/06/1965, n. 1124, e successive modificazioni intervenute fino alla stipulazione della polizza, e con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla Legge stessa per il caso di infortunio, ferma restando la franchigia prevista per il caso di malattia professionale.

Resta altresì convenuto quanto segue:

-per gli Assicurati mancini le percentuali di Invalidità Permanente previste nella 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 trattasi di minorazione, le percentuali di cui alla citata Tabella vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta;

-la perdita anatomica o funzionale di una falange, del pollice o dell'alluce è stabilita alla metà; quella di qualunque altro dito delle mani o dei piedi, in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente;

-nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti, le percentuali di Invalidità Permanente previste nella citata Tabella saranno addizionate fino al massimo del 100% (cento) della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente;

-il grado di invalidità permanente viene stabilito al momento in cui le condizioni dell'Assicurato sono considerate permanentemente immutabili, al più tardi entro 1 (un) anno dal giorno dell'infortunio.

Resta comunque convenuto che l'invalidità permanente di grado pari o superiore al 50%,

conseguente ad infortunio indennizzabile a termini di polizza, verrà indennizzata al 100% della somma assicurata.

d)DIARIE

Qualora sia provato che l'infortunio ha causato l'inabilità temporanea o il ricovero, la Società con riferimento alla natura ed alla conseguenza delle lesioni riportate dall'Assicurato, liquida l'indennità giornaliera, se prevista per la categoria, integralmente.

L'indennità cessa con il giorno dell'avvenuta guarigione risultante dal certificato medico; se però l'Assicurato non trasmette tale certificato, viene considerata data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato medico regolarmente inviato. L'indennità viene corrisposta per il periodo massimo previsto alla Sezione 6 della presente polizza.

Le diarie non sono cumulabili tra loro. In caso indennizzabilità per più diarie, è data facoltà all'Assicurato, di scegliere la liquidazione di quella avente durata o importo liquidabile maggiore.

SPESE MEDICHE

La Società, in caso d'infortunio rientrante nella garanzia prestata, anche se non determinante la morte o l'invalidità permanente, rimborsa all'Assicurato le spese sostenute, fino alla concorrenza dell'importo previsto all'art. 2 della Sezione 3.

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

Art. 3 – 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 nel comune, sede dell'istituto di Medicina Legale, 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. 4 – 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. 5 – Liquidazione dell'indennità

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquiderà l'indennità che risulti dovuta, ne darà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvederà al pagamento.

L'indennità viene corrisposta in Italia in Euro.

Art. 6 - 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 Cod.Civ. verso i responsabili dell'infortunio.

Art. 7 – Calcolo delle indennità per assicurazioni fatte sul multiplo delle retribuzioni

Per la liquidazione delle indennità è considerata retribuzione annua dell'infortunato quella percepita nei 12 mesi precedenti a quello in cui si è verificato l'infortunio, incluse le somme relative a retribuzioni non pagabili ricorrentemente in ciascun mese e corrisposte effettivamente all'infortunato nei 12 mesi precedenti per i titoli di cui sopra, purché su tali somme sia conteggiato il premio di polizza. Per i dipendenti che non abbiano raggiunto l'anno di servizio e per quelli assunti con contratti a termine, per la liquidazione delle indennità è considerata retribuzione annua dell'infortunato quella che si ottiene moltiplicando per 365 la retribuzione giornaliera media attribuibile all'infortunato per il periodo di tempo decorrente dall'assunzione in servizio fino al giorno dell'infortunio.

Per il personale in aspettativa, malattia, maternità od altre forme che comportino assenza o riduzione di retribuzione, si farà riferimento – se per l'infortunato fosse più favorevole – alla retribuzione che sarebbe stata corrisposta qualora l'infortunato fosse stato regolarmente in servizio al momento dell'infortunio.

SEZIONE 6 - SOMME ASSICURATE E CALCOLO DEL PREMIO

Art. 1 – Somme assicurate

L'assicurazione è prestata alle condizioni tutte della presente polizza per le persone appartenenti alle categorie qui di seguito evidenziate, e per le garanzie e massimali specifici della singola categoria. La massima esposizione di rischio della Società relativa ad ogni periodo annuo è di € 10.000.000,00.

Categoria A

**OBBLIGHI ASSICURATIVI EX NORME VIGENTI E C.C.N.L. -
INFORTUNI UTILIZZATORI VEICOLI PRIVATI**

L'Assicurazione è operante per gli infortuni che le persone autorizzate dal Contraente subiscano in occasione di missioni o per adempimenti di servizio (compresi i terzi trasportati), durante l'utilizzo di veicoli di proprietà delle persone stesse o di terzi, purché non intestati al PRA al Contraente o allo stesso locati, limitatamente al tempo strettamente necessario per l'esecuzione di dette prestazioni.

L'assicurazione vale anche per gli infortuni subiti, in caso di fermata del veicolo, durante le operazioni necessarie per la ripresa della marcia.

Per l'identificazione degli Assicurati si farà riferimento alla documentazione tenuta dal Contraente ai sensi di Legge.

**Somme
assicurate pro-**

Garanzia	Capitali assicurati €
Caso Morte	300.000,00
Caso Invalidità Permanente	600.000,00
Diaria da ricovero (max 60 gg.)	50,00

Franchigie

Franchigia fissa su Invalidità Permanente: 3%

**Calcolo del Premio
Lordo**

N. Chilometri preventivati
Premio lordo per Chilometro :
Premio lordo Anticipato:

N. 50.000,00

€

€

Categoria B

**OBBLIGHI ASSICURATIVI EX NORME VIGENTI E C.C.N.L. -
INFORTUNI UTILIZZATORI VEICOLI DI PROPRIETÀ DELL'ENTE, DI
PROPRIETÀ DI TERZI ED IN USO ESCLUSIVO ALL'ENTE, IN
LOCAZIONE O COMODATO ALL'ENTE**

L'assicurazione è operante per gli infortuni subiti in occasione di missioni e/o adempimenti di servizio specificatamente autorizzate dalla contraente, durante l'utilizzo di veicoli di proprietà dell'Ente, di proprietà di terzi ed in uso esclusivo all'Ente o in locazione o comodato all'Ente.

L'assicurazione vale anche per gli infortuni subiti, in caso di fermata del veicolo, durante le operazioni necessarie per la ripresa della marcia.

Per l'identificazione degli Assicurati si farà riferimento alla documentazione tenuta dal Contraente ai sensi di Legge.

**Somme assicurate
pro- capite**

Garanzia	Capitali assicurati €
Caso Morte	300.000,00
Caso Invalidità Permanente	600.000,00
Diaria da ricovero (max 60 gg.)	50,00

Franchigie

Franchigia fissa su Invalidità Permanente: 3%

**Calcol de
Premi**

N. veicoli preventivati N. 40,00
Premio lordo per veicolo : €.....
Premio lordo Anticipato: €.....

Categoria C

VOLONTARI PROTEZIONE CIVILE

L'assicurazione è operante per gli infortuni che i Volontari della Protezione Civile del Comune di Gravina subiscano durante l'esercizio delle attività svolte per conto del Contraente, compreso il rischio in itinere.

**Somme assicurate
pro- capite**

Garanzia	Capitali assicurati €
Caso Morte	300.000,00
Caso Invalidità Permanente	600.000,00
Diaria da ricovero (max 60 gg.)	50,00

Franchigie

Franchigia fissa su Invalidità Permanente: 3%

**Calcolo del
Premio**

N. Assicurati preventivati N. 20,00
Premio lordo pro-capite : €
Premio lordo Anticipato: €.....

Art. 2 – Calcolo del premio e modalità di applicazione della regolazione

Il Contraente versa, a titolo di deposito premio convenuto, l'importo riportato nella seguente tabella "scomposizione del premio" rappresentante il totale degli importi per singola categoria calcolati sulla base dei tassi e premi sottoriportati.

Al termine di ogni annualità la Società calcola il premio dovuto sulla base delle variazioni comunicate dalla Contraente in sede di regolazione, il cui pagamento verrà effettuato ai sensi dell'art.5 Sezione 2 della presente polizza.

Essendo l'assicurazione prestata in forma non nominativa in base al numero degli assicurati ed altri elementi variabili riportati per ogni categoria all'art.1 della presente Sezione la regolazione del premio sarà effettuata in base agli elementi variabili di polizza presi a base per la determinazione del premio. Non vi è obbligo per la Contraente di comunicare in corso di periodo assicurativo le variazioni di numero di persone, veicoli assicurati, o qualsiasi altro dato variabile.

TABELLA "SCOMPOSIZIONE DEL PREMIO" RAPPRESENTANTE IL TOTALE DEGLI IMPORTI PER SINGOLA CATEGORIA CON RELATIVI TASSI E PREMI

Cat. A - Infortuni dipendenti che utilizzano veicoli propri	Preventivo Km. 50.000	Premio lordo annuo anticipato: €.....per singolo Km	Premio lordo totale anticipato €
Cat. B - Infortuni dipendenti che utilizzano veicoli dell'Ente	Preventivo N. 40 veicoli	Premio lordo annuo anticipato: €per singolo veicolo	Premio lordo annuo anticipato €
Cat. C - Volontari Protezione Civile	Preventivo N. 20 persone assicurate	Premio lordo pro capite €	Premio lordo totale anticipato €

Art. 3 – Disposizione finale

Rimane convenuto che si intendono operanti solo le norme dattiloscritte di ogni contratto.

La firma apposta dalla Contraente su moduli a stampa forniti dalle Società assicuratrici valgono solo quale presa d'atto dei premi e della ripartizione dei rischi tra le Società partecipanti alla coassicurazione.

IL CONTRAENTE

**LA
SOCIETÀ**