

Milano



Comune
di Milano

DIREZIONE DEMANIO E PATRIMONIO

Area Facility Management
Unità Gestione Sinistri e Contatti Assicurativi

OGGETTO:SERVIZIO DI COPERTURA ASSICURATIVA
DEL COMUNE DI MILANO MEDIANTE
ESPLETAMENTO DI GARA AD EVIDENZA
PUBBLICA, PROCEDURA APERTA IN
AMBITO UE, SUDDIVISA IN 6 LOTTI -
PERIODO: DAL 30.06.2024 AL
31.12.2027

**CAPITOLATO SPECIALE
D' APPALTO/POLIZZA Lotto 5
Infortunati**

IL RESPONSABILE DEL
PROGETTO
dott. Davide Natale Annunziata

IL DIRETTORE DI AREA
dott. Claudio Bisi

Rev. 0	==/==/201=				
Rev.	Data	Descrizione	Red.	Rev.	File



**CAPITOLATO DELLA POLIZZA DI ASSICURAZIONE
INFORTUNI CUMULATIVA**

CIG _____

Lotto n° _____

Contraente:	Comune di Milano
Assicurato:	Come da condizioni di polizza
Sede Legale:	Piazza della Scala, 2 – 20121 Milano (MI) P.IVA: 01199250158
Broker:	Willis Italia S.p.A.
Decorrenza della copertura:	Ore 24:00 del 30.06.2025
Scadenza della copertura:	Ore 24:00 del 31.12.2027
Scadenze annuali:	Ore 24:00 del 31.12.
Frazionamento:	Annuale
Tacito rinnovo (SI/NO - indicare):	NO

SEZIONE I - DEFINIZIONI:	4
SEZIONE II - CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE	6
Art. 1: Durata del contratto	6
Art. 2: Gestione del contratto	6
Art. 3: Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e buona fede	6
Art. 4: Aggravamento del rischio	7
Art. 5: Diminuzione del rischio	7
Art. 6: Cessazione del rischio	7
Art. 7: Dolo e comportamenti gravemente colposi delle persone di cui l'Assicurato deve ri-spondere	7
Art. 8: Pagamento del premio - Termini di rispetto	7
Art. 9: Costituzione e regolazione del premio	8
Art. 10: Assicurazione per conto di chi spetta	9
Art. 11: Ispezione della Società	9
Art. 12: Riferimento alle norme di legge	9
Art. 13: Foro competente	9
Art. 14: Interpretazione del contratto	9
Art. 15: Denuncia di sinistro	9
Art. 16: Facoltà di recesso in caso di sinistro	10
Art. 17: Informativa sui sinistri	10
Art. 18: Assicurazione presso diversi Assicuratori – Altre assicurazioni	10
Art. 19: Partecipazione delle Società – Associazione temporanea di imprese Coassicurazione o A.T.I. (operante se del caso)	11
Art. 20: Trattamento dei dati	11
Art. 21: Tracciabilità dei flussi finanziari	11
Art. 22: Clausole vessatorie	11
SEZIONE III - CONDIZIONI PARTICOLARI DELL'ASSICURAZIONE	12
Art. 23: Soggetti assicurati	12
Art. 24: Oggetto dell'assicurazione	12
Art. 25: Efficacia della copertura assicurativa – Limiti territoriali	12
Art. 26: Estensioni della copertura	13
Art. 27: Liquidazione del danno	14
Art. 28: Modalità per la liquidazione dell'indennità	16

Art. 29: Esclusioni.....	16
Art. 30: Rinuncia al diritto di surroga.....	17
Art. 31: Controversie sulla definizione del danno	17
Art. 32: Altre assicurazioni - Detrazioni	17
Art. 33: Misure restrittive (Sanctions Limitations Exclusion Clause).....	17
SEZIONE IV - CAPITALI ASSICURATI - CONTEGGIO DEL PREMIO DI POLIZZA.....	19

Premessa

Le norme di seguito riportate annullano e sostituiscono integralmente tutte le eventuali condizioni riportate a stampa sui moduli della Compagnia Assicuratrice, eventualmente allegati alla polizza, che quindi devono intendersi annullate e prive di effetto. La firma apposta dalla Contraente sui moduli a stampa vale pertanto solo quale presa d'atto del premio e dell'eventuale ripartizione del rischio tra le Società partecipanti alla Coassicurazione.

SEZIONE I - DEFINIZIONI:

Nel testo che segue, si intende per:

Amministrazione o Ente: l'Ente Pubblico Contraente dell'Assicurazione;

Annualità assicurativa o periodo assicurativo: il periodo compreso tra la data di effetto e la data di prima scadenza annuale, o tra due date di scadenza annuale tra loro successive, o tra l'ultima data di scadenza annuale e la data di cessazione della assicurazione;

Assicurato: il soggetto, persona fisica, il cui interesse é protetto dalla assicurazione;

Assicurazione: il contratto di assicurazione;

Attività dell'Amministrazione: l'esercizio delle attività e competenze previste e/o consentite e/o delegate da leggi, regolamenti o altri atti amministrativi, e le attività accessorie, complementari, connesse e collegate, preliminari e conseguenti alle principali, nessuna esclusa e comunque svolte, anche avvalendosi di strutture di terzi, e/o affidando a terzi l'utilizzo di proprie strutture;

Beneficiario: il soggetto designato cui spetta l'indennizzo per il caso di morte dell'Assicurato;

Broker: il Broker Willis Italia Spa;

Contraente: il soggetto, persona giuridica, che stipula la assicurazione;

Franchigia: la parte di danno che l'assicurato tiene a suo carico e che per ciascun sinistro viene dedotta dall'indennizzo. Nel caso di franchigia assoluta gli importi di danno inferiori alla franchigia non sono rimborsabili e quelli superiori sono ridotti della misura della franchigia;

Indennizzo: la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro;

Infortunio: l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la Morte, una Invalidità Permanente oppure una Inabilità Temporanea;

Liquidazione del danno: la determinazione della somma rimborsabile a titolo di indennizzo;

Inabilità temporanea: l'impedimento temporaneo generale (inabilità assoluta) o la limitazione (inabilità parziale) all'esercizio delle attività svolte dall'assicurato;

Invalidità permanente: la perdita della capacità generica ad attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla propria professione (invalidità assoluta), o la riduzione irrimediabile e definitiva della capacità ad attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo (invalidità parziale);

Ospedale, clinica, casa o istituto di cura: la struttura autorizzata, in base alla normativa vigente, al ricovero di pazienti e/o alla assistenza sanitaria con degenza diurna; non rientrano in questa defi-

nizione le strutture termali, di convalescenza, di soggiorno, per le attività diverse da quelle di ricovero e/o di assistenza sanitaria;

Polizza: il documento che prova e regola la assicurazione;

Rischio extra-professionale: l'evento verificatosi durante o riconducibile a situazioni di tempo o di luogo che non possono essere ricondotte al rischio professionale.

Rischio professionale: l'evento verificatosi durante o riconducibile allo svolgimento delle attività professionali e/o comunque riconducibile al rapporto con l'Amministrazione;

Sinistro: l'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione;

Società: L'impresa assicuratrice e, in caso di ATI, le eventuali mandanti.

SEZIONE II - CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1: Durata del contratto

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del 30.06.2025 e scadenza alle ore 24.00 del 31.12.2027, con scadenza annuale intermedia al 31.12. ed è espressamente escluso il tacito rinnovo.

È facoltà di ciascuna delle parti rescindere il contratto in occasione di ogni scadenza annuale intermedia mediante comunicazione raccomandata/PEC inviata dall'una all'altra parte – e anticipata a mezzo posta elettronica - almeno 120 (centoventi) giorni prima di tale scadenza, fermo che non è consentito alla Società assicuratrice inviare disdetta / recesso solo per una o alcune delle garanzie previste.

Inoltre, alla cessazione del contratto da qualunque causa determinata, è prevista una facoltà di proroga tecnica dell'assicurazione che la Società è tenuta a concedere, alle medesime condizioni normative ed economiche vigenti, per un periodo non superiore ad ulteriori 180 (centottanta) giorni, a fronte di specifica richiesta del Contraente da comunicare alla Società.

Per tale periodo di proroga alla Società spetterà per ogni giorno di copertura un importo di premio che non potrà essere superiore a 1/365 del premio annuale di polizza.

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. 2: Gestione del contratto

La gestione e assistenza nell'esecuzione del contratto è affidata al Broker di assicurazione indicato.

Anche ai sensi del D.Lgs. 209/05 Codice delle Assicurazioni e s.m.i., il Contraente e la Società si danno reciprocamente atto che ogni comunicazione, così come definita, riguardante il presente contratto avverrà per il tramite del Broker indicato

Pertanto, tutti i rapporti inerenti il contratto, compreso il pagamento dei premi, avverranno per il tramite del Broker e la Società riconosce che il pagamento dei premi effettuato dal Contraente a favore del Broker si intende come effettuato direttamente alla Società stessa ed è da considerarsi liberatorio per il Contraente.

La Società riconosce inoltre al Broker un periodo di differimento per la corresponsione effettiva dei premi di sua competenza entro il decimo giorno lavorativo del mese successivo a quello in cui scade il termine di pagamento del premio o della rata di premio per il Contraente.

Art. 3: Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e buona fede

In deroga agli artt. 1892, 1893 e 1894 Cod. Civ. si conviene che la mancata o inesatta comunicazione da parte del Contraente o dell'Assicurato di circostanze che influiscono o avrebbero influito sulla valutazione del rischio da parte della Società, non comporta la decadenza del diritto all'indennizzo, sempreché il Contraente non abbia agito con dolo.

In tal caso la Società rinuncia ad esercitare le azioni di annullamento e di recesso dal contratto ed ha la facoltà di richiedere 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. Il Contraente ha la facoltà di accettare o rifiutare la richiesta di sovrappremio proposta dandone comunicazione alla Società entro 30 giorni.

In caso di mancata accettazione ovvero nel caso in cui tale termine sia decorso infruttuosamente, la Società potrà recedere dal contratto nei termini previsti dall'articolo 5 – Facoltà di recesso dal contratto.

Art. 4: Aggravamento del rischio

Il Contraente è tenuto a dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio (art. 1898 Cod. Civ.).

Le variazioni che devono essere comunicate concernono circostanze di fatto interne all'organizzazione del Contraente, il Contraente non è pertanto tenuto a comunicare variazioni del rischio conseguenti a disposizioni di leggi, di regolamenti e di atti amministrativi o a mutamenti negli orientamenti della giurisprudenza di merito e legittimità.

Si conviene tuttavia che, l'omissione o l'inesatta dichiarazione da parte del Contraente di circostanze eventualmente aggravanti il rischio, così come l'aggravamento del rischio conseguente a disposizioni di leggi, di regolamenti e di atti amministrativi, o a mutamenti negli orientamenti della giurisprudenza di merito e legittimità non pregiudicano il diritto dell'Assicurato a percepire all'intero indennizzo, sempreché tali omissioni o inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo.

In tal caso la Società rinuncia alla facoltà di recedere dal contratto e può richiedere 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. Il Contraente ha la facoltà di accettare o rifiutare la richiesta di sovrappremio proposta dandone comunicazione alla Società entro 30 giorni.

In caso di mancata accettazione ovvero nel caso in cui tale termine sia decorso infruttuosamente, la Società potrà recedere dal contratto nei termini previsti dall'articolo 5 – Facoltà di recesso dal contratto.

Art. 5: Diminuzione del rischio

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre proporzionalmente il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente (art. 1897 Cod. Civ.) e rinuncia al relativo diritto di recesso. Si conviene, altresì, che la diminuzione del premio conseguente a casi previsti da detto articolo, sarà immediata e la Società corrisponderà la relativa quota di premio pagata e non goduta, escluse le imposte, entro 60 giorni dalla comunicazione.

Art. 6: Cessazione del rischio

Nel caso di cessazione del rischio durante il periodo assicurativo, il Contraente è tenuto a comunicare alla Società la cessazione medesima; se il rischio cessa nel corso dell'annualità assicurativa per causa diversa dal suo realizzarsi, parzialmente o totalmente, la Società rimborserà l'eventuale rateo di premio pagato e non goduto (al netto delle imposte) al Contraente dalla data della predetta comunicazione di cessazione; viceversa, qualora il premio non fosse stato ancora pagato, il Contraente corrisponderà quanto eventualmente tenuto a pagare alla Società sino alla data di cessazione, ratei e regolazioni comprese.

Art. 7: Dolo e comportamenti gravemente colposi delle persone di cui l'Assicurato deve rispondere

Le prestazioni del contratto sono efficaci anche qualora il sinistro sia causato da comportamenti gravemente colposi ai sensi dell'art. 1900 C.C., del Contraente, dell'Assicurato, del Beneficiario nonché da comportamenti dolosi o gravemente colposi delle persone di cui il Contraente deve rispondere a norma di legge.

La Società rinuncia al diritto di surrogazione derivante dall'art. 1916 del Codice Civile, nei confronti di Amministratori e Dipendenti del Contraente, salvo il caso in cui il danno sia ascrivibile a dolo o colpa grave giudizialmente accertata dalla Corte dei Conti con sentenza passata in giudicato.

Art. 8: Pagamento del premio - Termini di rispetto

L'assicurazione decorre dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza anche se il pagamento del primo premio potrà essere effettuato dal Contraente entro 90 (novanta) giorni successivi al medesimo.

Se il Contraente non paga il premio o la rata di premio successiva 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.

Per l'identificazione della data del pagamento farà fede la data in cui il Comune conferisce tale ordine alla Tesoreria.

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, art. 17 del D.Lgs. 36/2023 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.

Anche le eventuali variazioni comportanti un incasso di premio potranno essere pagate entro 90 (novanta) giorni dalla data di ricezione, da parte del Contraente, del relativo documento correttamente emesso dalla Società.

Ciascun premio corrisposto verrà decurtato dello 0,50% del premio imponibile conformemente a quanto previsto all'art. 11 comma 6 del D. Lgs. 36/2023 e s.m.i.. La restante quota di premio verrà corrisposta al termine del periodo assicurativo e dietro presentazione del Documento Unico di Regolarità retributiva (DURC) ovvero di dichiarazione equivalente.

Art. 9: Costituzione e regolazione del premio

Il premio di polizza è calcolato moltiplicando l'aliquota pro-mille convenuta per ciascun parametro previsto in polizza ed è costituito da una rata pagata anticipatamente calcolata sulla base dei dati forniti al perfezionamento del contratto e da regolazioni annuali attive e passive calcolate sulla base dei dati consuntivi. Il Contraente fornirà alla Società entro i 120 giorni successivi alla scadenza di ogni Periodo Assicurativo, i dati necessari ai fini della regolazione del premio dell'annualità precedente.

Si conviene che, ove il Contraente abbia in buona fede fornito indicazioni inesatte od incomplete, la Società riconoscerà comunque la piena validità del contratto, fatto salvo il suo diritto a richiedere l'eventuale quota di premio non percepita.

Per "parametri di riferimento" si intende:

- ✓ per le Categorie 1, 3, 4, 5, 6, 7: il numero dei soggetti rientranti nelle Categorie assicurate stesse;
- ✓ per la Categoria 2.a: il numero di veicoli di proprietà o in locazione e/o comodato all'Amministrazione;
- ✓ per la Categoria 2.b: il numero di Km effettuati con i veicoli di proprietà o in uso agli assicurati esclusi quelli effettuati con veicoli di proprietà o in locazione e/o comodato all'Amministrazione, per ragioni di servizio per conto dell'Amministrazione stessa;
- ✓ per la Categoria 8: numero di ore effettuate da parte dei soggetti assicurati.

La Amministrazione è esonerata dalla preventiva denuncia delle generalità degli assicurati, per la identificazione dei quali si farà riferimento ai documenti ufficiali in possesso della stessa.

Si conviene che, ove la Amministrazione abbia in buona fede ommesso di fornire o fornito indicazioni inesatte o incomplete, la Società riconoscerà comunque la piena validità del contratto, fatto salvo il suo diritto a richiedere l'eventuale quota di premio non percepita.

Art. 10: Assicurazione per conto di chi spetta

L'assicurazione è prestata in nome proprio e nell'interesse di chi spetta. In caso di sinistro però i terzi interessati non avranno ingerenza nella nomina dei periti, rimanendo stabilito e convenuto che le azioni, ragioni e diritti sorgenti dall'Assicurazione stessa non potranno essere esercitati che per il tramite del Contraente.

Art. 11: Ispezione della Società

La Società ha sempre diritto di visionare atti, documenti e beni pertinenti l'Assicurazione e il Contraente e l'Assicurato hanno l'obbligo di fornire tutte le occorrenti indicazioni ed informazioni. L'ispezione potrà essere svolta da dipendenti della Società stessa o da altri soggetti dalla stessa incaricati purché bene-visi alla Contraente, con oneri da porsi per intero a carico della Società.

Art. 12: Riferimento alle norme di legge

Per quanto non previsto dalle presenti condizioni contrattuali valgono unicamente le norme stabilite dalla legge italiana, alla quale si fa rinvio per tutto quanto non è qui diversamente regolato.

Art. 13: Foro competente

Per le controversie riguardanti l'applicazione e l'esecuzione della presente polizza è competente l'organismo di conciliazione individuato secondo quanto previsto dal decreto legislativo 4 marzo 2010, n. 28. Per le controversie riguardanti l'applicazione del contratto, è competente in via esclusiva il Foro del luogo di residenza o sede del Contraente.

Art. 14: Interpretazione del contratto

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

Art. 15: Denuncia di sinistro

La denuncia del sinistro verrà effettuata per iscritto dal Contraente o dall'Assicurato per il tramite del Contraente al Broker o alla Società entro 30 giorni lavorativi, da quando ne sia venuto a conoscenza l'Ufficio Unità Gestione sinistri e contratti assicurativi.

La denuncia conterrà una descrizione dettagliata del fatto cui la richiesta scritta si riferisce, la data, il luogo, l'indicazione delle cause e delle conseguenze se conosciute, le generalità e recapito delle persone interessate e di eventuali testimoni, e sarà corredata di copia di tutta la documentazione relativa eventualmente in loro possesso; saranno altresì trasmessi quanto prima alla Società anche gli atti, documenti e notizie relativi al sinistro, di cui il Contraente sia venuto in possesso successivamente alla denuncia.

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 posta elettronica o posta elettronica certificata o raccomandata A/R.

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

Variante migliorativa opzionale

Relativamente ai fatti che, al momento della richiesta, si stima possano non ingenerare postumi invalidanti e/o spese mediche, sarà obbligo dell'Ufficio Unità Gestione sinistri e contratti assicurativi del Contraente fornire mensilmente alla Società, per tramite del Broker, entro il decimo giorno successivo alla fine di ciascun mese, un Borderò (file in formato excel e riassuntivo dei Sinistri ricevuti) con indicazione delle medesime informazioni sopra menzionate da fornire per la denuncia del sinistro.

Per tali posizioni denunciate tramite borderò l'Assicuratore non potrà eccepire la decadenza del diritto all'indennizzo e/o non potrà sollevare eventuali eccezioni di prescrizione ex art. 2952 Cod.Civ qualora tali posizioni indicate nel borderò si rivelino Sinistri. Alla scadenza naturale del presente contratto tutte le posizioni denunciate in corso di validità del contratto stesso tramite i relativi bor-

derò verranno prese in carico dall'Assicuratore nell'eventualità in cui dovessero diventare Sinistri alla luce di aggiornamenti nello stato della pratica.

Resta convenuto tra le Parti che, a semplice richiesta e con un preavviso di 10 giorni lavorativi, è facoltà della Società effettuare un incontro al fine di analizzare le posizioni di cui al borderò sopra menzionato.

Nel caso in cui la Società, dall'analisi del borderò, valuti che una o più posizioni possa comportare postumi invalidanti o l'esborso di spese mediche, la stessa si riserva di chiedere per iscritto alla Contraente, e quindi all'Ufficio Unità Gestione sinistri e contratti assicurativi del Contraente, l'affidamento di tali posizioni. In tal caso, quest'ultimo si impegna, entro 30 giorni lavorativi dal ricevimento della richiesta, a denunciarli alla Società, che ne assumerà la gestione.

Resta comunque inteso che, presso gli Uffici della Contraente, potranno essere organizzati appositi incontri per l'analisi generale dei Sinistri e la discussione di eventuali casi particolari, anche a richiesta di una sola delle Parti.

A tali incontri parteciperanno di norma rappresentanti del Contraente, del Broker e della Società, per particolari esigenze potranno essere invitati a partecipare altri soggetti quali consulenti esterni, legali etc.

In virtù di quanto sopra resta inoltre inteso tra le Parti che l'Assicurato non dovrà inviare la documentazione istruttoria disponibile presso l'Ufficio Unità Gestione sinistri e contratti assicurativi dell'Ente, che però viene messa a disposizione della Società in occasione di tali appositi incontri; la Società potrà richiedere di acquisire ulteriore documentazione eventualmente disponibile presso diversi Uffici dell'Ente, senza poter opporre la conoscenza di fatti/atti precedenti e quindi invocare l'inopportunità della garanzia.

Art. 16: Facoltà di recesso in caso di sinistro

Non si applica alla presente polizza.

Art. 17: Informativa sui sinistri

La Società si impegna a fornire al Contraente e/o al Broker incaricato, con cadenza semestrale, qualificati resoconti sullo stato dei sinistri denunciati sul presente contratto ed in formato digitale editabile (Excel o equipollente), che comprendano i seguenti indispensabili elementi:

- a. n° di riferimento o repertorio attribuito dalla Compagnia;
- b. data dell'evento;
- c. indicazione della garanzia interessata dal sinistro
- d. nominativo del danneggiato e/o controparte interessata (se del caso);
- e. stato del sinistro (ovvero l'indicazione di liquidato, riservato o senza seguito);
- f. descrizione del sinistro;
- g. importo liquidato e/o riservato.

È facoltà delle parti richiedere ed impegno fornire lo stesso riepilogo anche in altre occasioni qualora venga richiesto.

Si precisa inoltre che l'obbligo di fornire i suddetti tabulati permane anche successivamente alla definitiva scadenza del contratto, a fronte di formale richiesta da parte del Contraente, anche per il tramite del Broker, da inviarsi con cadenza annuale a far tempo dalla data di cessazione della polizza.

Art. 18: Assicurazione presso diversi Assicuratori – Altre assicurazioni

In deroga a quanto disposto dall'art. 1910 Cod.Civ il Contraente e gli assicurati sono esonerati dall'obbligo di comunicare alla Società la esistenza e /o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio. Fermo restando che in caso di sinistro, il Contraente e gli assicurati devono darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, e la Società risponderà nella misura risultante dall'applicazione dell'art. 1910 C.C., rinunciando al diritto di recesso.

Se al tempo del sinistro esistono altre assicurazioni stipulate dall'Assicurato o da terzi, sulle stesse cose o per gli stessi rischi, la Società risponde dei danni subiti per quanto coperto con la presente polizza e fino alla concorrenza delle somme assicurate dalla stessa previste.

Art. 19: Partecipazione delle Società – Associazione temporanea di imprese Coassicurazione o A.T.I. (operante se del caso)

Nel caso di R.T.I., in applicazione al D.Lgs. n. 36/2023, l'assicurazione è ripartita per quote tra le società indicate nel riparto del premio.

È ammessa altresì la coassicurazione ai sensi dell'art.1911 Cod. Civ.

Le imprese assicuratrici hanno convenuto di affidarne la delega alla Società designata in frontespizio della presente polizza; di conseguenza, tutti i rapporti, anche in sede giudiziaria, inerenti alla presente assicurazione faranno capo sia dal punto di vista attivo che passivo alla Delegataria, la quale provvederà ad informarle ed a recuperare presso di esse gli eventuali importi liquidati/anticipati per conto di esse.

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 stragiudiziale e giudiziale compiuti dalla Delegataria per conto comune. 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 Società Delegataria sui Documenti di Assicurazione, li rende ad ogni effetto validi anche per le quote delle Coassicuratrici.

Art. 20: Trattamento dei dati

Ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003 e s.m.i. e Regolamento UE 679/2016, ciascuna delle parti consente il trattamento dei dati personali rilevabili dalla polizza o che ne derivino, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali.

Art. 21: Tracciabilità dei flussi finanziari

La Società, il Broker nonché ogni altra Impresa a qualsiasi titolo interessata al presente contratto (cd filiera), sono impegnate a osservare gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari in ottemperanza a quanto previsto dalla Legge 13 agosto 2010 n. 136 e s.m.i. .

I soggetti di cui al paragrafo che precede sono obbligati a comunicare alla Stazione appaltante gli estremi identificativi dei conti correnti bancari o postali dedicati, anche se in via non esclusiva, alle movimentazioni finanziarie relative al presente contratto, unitamente alle generalità e al codice fiscale dei soggetti abilitati ad operare su tali conti correnti.

Tutte le movimentazioni finanziarie di cui al presente contratto dovranno avvenire – salve le deroghe previste dalla normativa sopra citata - tramite bonifico bancario o postale (Poste Italiane SpA) e riportare, relativamente a ciascuna transazione, il Codice Identificativo di Gara (CIG) o, qualora previsto, il Codice Unico di Progetto (CUP) comunicati dalla Stazione appaltante.

Il mancato assolvimento degli obblighi previsti dall'art. 3 della citata Legge n. 136/2010 costituisce causa di risoluzione del contratto, ai sensi dell'art. 1456 cc e dell'art. 3, c. 8 della Legge.

Art. 22: Clausole vessatorie

L'indicazione delle clausole che necessitano della specifica approvazione per iscritto ex artt. 1341 e 1342 del c.c. è a carico della Società, che dovrà provvedervi in sede di emissione dei documenti contrattuali, e comunque non oltre la data di effetto della polizza.

SEZIONE III - CONDIZIONI PARTICOLARI DELL'ASSICURAZIONE

Art. 23: Soggetti assicurati

Sono assicurati i soggetti rientranti nei gruppi, tra quelli di seguito elencati, richiamati nella scheda di conteggio del premio del presente contratto:

1. Amministratori (Sindaco, Assessori, Consiglieri Comunali, unitamente a Presidenti, Assessori e Consiglieri dei 9 Municipi);
2. Personale rientrante negli obblighi Assicurativi C.C.N.L. Enti Locali debitamente autorizzato:
 - 2.a all'utilizzo di veicoli di proprietà o in uso a qualunque titolo alla Amministrazione stessa;
 - 2.b all'utilizzo di veicoli propri;
3. Volontari Protezione Civile;
4. Minori affidati ai servizi sociali del Contraente;
5. Bambini delle Scuole dell'Infanzia;
6. Allievi delle scuole civiche;
7. Volontari occupati in attività comunali;
8. Soggetti occupati con permanenza temporanea.

Art. 24: Oggetto dell'assicurazione

Oggetto dell'assicurazione sono gli infortuni occorsi agli assicurati, dai quali derivi la morte, o una invalidità permanente assoluta o parziale, o una inabilità temporanea, e/o esborsi per spese mediche.

Art. 25: Efficacia della copertura assicurativa – Limiti territoriali

La copertura assicurativa si riferisce, senza limiti territoriali, ad eccezione di quanto previsto dal successivo articolo, agli infortuni sofferti dagli assicurati:

- a. di cui al punto 1 dell'Art. Soggetti assicurati: in occasione o in conseguenza dell'espletamento del loro mandato, incarico o funzione, o a esso correlati, compresi quindi i trasferimenti, le missioni e il tragitto da, tra, per il/i luogo/hi di lavoro, e la guida o uso di mezzi di locomozione di proprietà o in uso agli stessi o di proprietà o in uso alla Amministrazione (comprese quindi le operazioni necessarie per la ripresa della marcia in caso di fermata del veicolo, le operazioni di rifornimento del veicolo e ogni altra operazione ad esse assimilabile); sono altresì compresi gli infortuni sofferti durante il tragitto da e per l'abitazione;
- b. di cui al punto 2.a dell'Art. Soggetti assicurati: alla guida di veicoli (motoveicoli, ciclomotori, velocipedi e cicli compresi) di proprietà o in locazione e/o comodato all'Amministrazione, in occasione di missioni o per adempimenti di servizio nei termini previsti dal CCNL.
L'assicurazione vale anche per gli infortuni subiti durante le operazioni necessarie per la ripresa della marcia in caso di fermata del veicolo, le operazioni di rifornimento del veicolo e ogni altra operazione ad esse assimilabile.
- c. di cui al punto 2.b dell'Art. Soggetti assicurati: alla guida di veicoli (compresi motoveicoli, ciclomotori, velocipedi) di loro proprietà o in loro uso, esclusi quelli di proprietà o in locazione e/o comodato all'Amministrazione, in occasione di missioni o per adempimenti di servizio per conto dell'Amministrazione stessa, nei termini previsti dal CCNL.
L'assicurazione vale anche per gli infortuni subiti durante le operazioni necessarie per la ripresa della marcia in caso di fermata del veicolo, le operazioni di rifornimento del veicolo e ogni altra operazione ad esse assimilabile.
La garanzia è operante sia quando la sede di partenza risulti essere il luogo presso il quale l'assicurato presta abitualmente servizio sia altro luogo secondo quanto stabilito dal regolamento di missione;
- d. di cui al punto 3 dell'Art. Soggetti assicurati: in occasione o in conseguenza dell'espletamento delle attività svolte nell'ambito del servizio di protezione civile o ambientale, quali ad esempio

azioni addestrative, di pronto intervento, di prevenzione, promozione e quant'altro correlato agli scopi del Gruppo di appartenenza, compresi quindi i trasferimenti, le missioni e il tragitto da, tra, per il/i luogo/i di svolgimento delle attività; sono altresì compresi gli infortuni sofferti durante il tragitto da e per l'abitazione.

La copertura è valida, con l'applicazione del capitale indicato nella Sezione IV, anche nell'eventualità di H.I.V. (sieropositività), conseguente ad infortunio, che determini postumi invalidanti, verificatosi durante le attività assicurate da accertarsi entro 3 anni dall'evento.

La Società corrisponde, in caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, la diaria giornaliera indicata nella scheda della Sezione IV, all'Assicurato che ha per conseguenza un'ingessatura. Detta diaria giornaliera viene corrisposta per l'intera durata dell'ingessatura nei limiti indicati nella scheda sopra citata.

- e. di cui al punto 4 dell'Art. Soggetti assicurati: durante la partecipazione alle attività svolte dalla Contraente a favore dei medesimi soggetti, compreso il rischio in itinere.
- f. di cui al punto 5 e 6 dell'Art. Soggetti assicurati: durante le attività svolte e programmate dagli educatori/insegnanti delle medesime scuole, incluse le attività esterne (fra cui a titolo esemplificativo e non limitativo le passeggiate, le escursioni e le attività didattiche o ludiche disposte e organizzate da ogni singola scuola) compreso il rischio in itinere.
- g. di cui al punto 7 dell'Art. Soggetti assicurati: durante lo svolgimento delle attività prestate a favore, per conto o con il consenso della Amministrazione, compreso il tragitto da, tra, per il/i luogo/i di lavoro nonché da e per l'abitazione;
- h. di cui al punto 8 dell'Art. Soggetti assicurati: durante la partecipazione o la fruizione di attività e di iniziative organizzate dall'Amministrazione in base anche a convenzioni, compreso il rischio in itinere.

Art. 26: Estensioni della copertura

L'assicurazione comprende anche – a titolo esemplificativo e non limitativo - gli infortuni conseguenti a o derivanti da:

- ◇ Imprudenze, imperizie e negligenze anche gravi
- ◇ malore ed incoscienza, purché non determinati da uso di sostanze stupefacenti o simili assorbite per scopi non terapeutici
- ◇ tumulti popolari, atti di pirateria, atti terroristici, aggressioni, atti violenti e/o azioni coercitive di terzi qualunque ne sia il movente
- ◇ calamità naturali;
- ◇ stati di guerra (dichiarata o non dichiarata) 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 non in stato di guerra, nonché:
- ◇ l'annegamento ed asfissia di natura accidentale
- ◇ l'avvelenamento da ingestione o l'assorbimento subitaneo di sostanze nocive
- ◇ il contatto con corrosivi
- ◇ le lesioni, compresa l'ernia ma esclusi gli infarti, determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico
- ◇ la folgorazione, i colpi di sole o di calore, l'assideramento o il congelamento
- ◇ le influenze termiche e atmosferiche
- ◇ i morsi di animali o punture di insetti o aracnidi
- ◇ uso o guida di biciclette, ciclomotori o 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
- ◇ partecipazione a seguito di mobilitazione o per adesione volontaria al Servizio di Protezione Civile.

Le garanzie sono valide ed efficaci anche nei confronti di tutte le manifestazioni patologiche, sia immediate che verificatesi entro 180 giorni dall'infortunio, in diretto nesso causale con esso purché

non causate e/o concausate da situazioni patologiche preesistenti anche se sconosciute all'assicurato.

Art. 27: Liquidazione del danno

1. In caso di **infortunio mortale** la Società liquiderà ai beneficiari (specificati dall'assicurato o, in mancanza, ai suoi eredi legittimi e/o testamentari) un importo pari a quello indicato nella scheda di conteggio del premio. In caso di morte presunta dell'assicurato, l'importo verrà liquidato dopo che siano trascorsi sei mesi dalla avvenuta presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta ai sensi degli artt. 60 e 62 C.C., e ciò anche se il corpo dell'assicurato non è stato ritrovato ma si presume che il decesso sia avvenuto a seguito di infortunio; qualora la Società abbia pagato l'indennità dovuta e dopo ciò risulti che l'assicurato sia vivo, la stessa avrà diritto alla restituzione della somma liquidata ed a restituzione avvenuta l'assicurato potrà far valere i propri diritti nel caso di invalidità permanente.

Qualora il decesso avvenga in una località diversa da quella della sede di lavoro o della residenza dell'Assicurato, la Società rimborserà altresì fino alla concorrenza di euro 3.000,00 (euro tremila/00) le spese necessarie per il trasporto della salma fino alla residenza dell'Assicurato.

2. Se l'infortunio ha per conseguenza una **invalidità permanente**, la Società liquida per tale titolo, l'indennità calcolandola sulla somma assicurata secondo le percentuali previste dalla "Tabella per l'industria allegata al Regolamento per l'esecuzione del D.P.R. 30 giugno 1965 N.1124" e successive modifiche.

La Società rinuncia all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla Legge stessa in caso di infortunio.

Per gli Assicurati mancini le percentuali di Invalidità Permanente previste dalla precitata tabella per l'arto superiore destro varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa.

La perdita totale e irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali della tabella sopraindicata vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.

Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti, l'indennità viene stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al limite massimo del 100%.

Per le singole falangi terminali delle dita, escluso il pollice, si considera Invalidità Permanente soltanto l'asportazione totale.

L'indennità per la perdita funzionale od 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 nella Tabella D.P.R. 30 giugno 1965 N.1124 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 minorato, le percentuali sopraindicate sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute, senza obbligo per la Contraente di denuncia dei difetti fisici, infermità o mutilazioni da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione del contratto o che dovessero in seguito sopravvenire. 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'indennizzo per invalidità permanente è liquidato per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra.

La Società, qualora abbia liquidato o comunque offerto in misura determinata l'indennizzo per la invalidità permanente da infortunio e l'assicurato sia deceduto entro due anni dall'evento, ed in conseguenza di questo, pagherà agli aventi diritto, secondo le norme della successione legittima o testamentaria, la differenza tra questo e l'indennizzo determinato per il caso di morte, se superiore, e nulla richiedendo in caso contrario.

Si conviene che a fronte di una invalidità permanente maggiore o uguale al 60% l'Assicuratore riconosce il 100% del capitale assicurato.

3. In caso di infortunio che abbia per conseguenza una **inabilità temporanea**, la indennità giornaliera sarà erogata – indipendentemente da eventuali indennizzi dovuti in virtù di altre garanzie previste dalla polizza – a decorrere dal giorno successivo a quello in cui si verifica l'infortunio e fino al giorno precedente quello della avvenuta guarigione, con riduzione al 50% per il periodo durante il quale la inabilità è stata parziale.
4. Se in conseguenza ad un infortunio indennizzabile a termini di polizza l'assicurato viene ricoverato in Istituto di cura legalmente riconosciuto, sarà corrisposta una indennità giornaliera, c.d. **diaria da ricovero**, per il periodo massimo indicato nella Sezione IV di polizza. La diaria viene liquidata dietro presentazione di copia della cartella clinica completa di dichiarazione dell'Istituto di cura attestante la durata del ricovero. L'indennizzo per diaria da ricovero è cumulabile con quelli dovuti per morte, invalidità permanente e inabilità temporanea.
5. In caso di infortunio verranno rimborsate, fino alla concorrenza per evento e anno assicurativo dell'importo indicato per la categoria interessata, le **spese sostenute**, come diretta conseguenza dell'infortunio stesso, quali, a titolo esemplificativo e non limitativo:
 - ◇ spese di ricovero, rette di degenza,
 - ◇ onorari dei chirurghi e dell'equipe operatoria,
 - ◇ uso della sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi terapeutici, protesici e endoprotesi applicati durante l'intervento,
 - ◇ 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. La garanzia inoltre è estesa al rimborso, fino alla concorrenza di € 3.000,00 (euro tremila/00), delle spese sostenute dall'Assicurato in caso di infortunio occorso durante la sua permanenza all'Estero e che si renda necessario il suo trasporto in ospedale attrezzato in Italia o alla sua residenza;
 - ◇ prestazioni mediche e infermieristiche, medicinali, sangue, plasma, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari e attrezzature similari incluse lenti ed occhiali a seguito di rottura conseguente ad infortunio indennizzabile,
 - ◇ prestazioni odontoiatriche e odontotecniche,
 - ◇ acquisto di lenti correttive.

Sono comprese le spese per cure, interventi chirurgici ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre o eliminare le conseguenze di danni estetici provocati da infortunio, il tutto entro un limite di € 5.500,00 per evento.

Qualora l'Assicurato venga ritenuto non curabile nell'ambito della organizzazione ospedaliera del luogo ove è avvenuto l'infortunio, la Società rimborsa inoltre fino alla concorrenza di euro 4.000,00 (euro quattromila/00) le spese di trasferimento con il mezzo più idoneo al centro ospedaliero attrezzato per la cura dell'Assicurato più vicino alla sua residenza.

La Società effettuerà i rimborsi, previa presentazione dei documenti giustificativi di spesa in originale, anche se non si è verificata la completa guarigione dell'assicurato.

In caso di infortunio subito in occasione di **viaggio aereo** (comprese le fasi di imbarco e di sbarco e intendendo in garanzia il viaggio solo se effettuato dall'assicurato in qualità di passeggero a bordo di velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linea aerea regolare e non regolare, di aerotaxi, di Autorità civili e militari in occasione di traffico civile, di ditte e privati – esclusi aeroclubs - per attività turistica e di trasferimento, nonché di società di lavoro aereo durante il trasporto pubblico di passeggeri, o per attività di protezione civile e/o di emergenza sanitaria - elisoccorso), la somma degli indennizzi spettanti non potrà superare complessivamente per aeromobile l'importo di euro 10.000.000,00 (diecimilioni/00); superando questo limite, le indennità spettanti verranno proporzionalmente ridotte.

Con riferimento a tale rischio aeronautico e a parziale deroga di quanto previsto all'art. Estensioni di copertura relativamente alla efficacia della stessa riguardante gli stati di guerra, si conviene tra le parti che la copertura assicurativa é efficace anche per i sorvoli e/o le soste non voluti dall'assicurato in zone in stato di guerra (per guasti, dirottamenti o altre circostanze similari).

In caso di infortunio sofferto contemporaneamente da più Assicurati che siano causati, riconducibili o conseguenti ad un medesimo evento, causa o circostanza, l'esborso a carico della Società – limite **catastrofale** – non potrà superare la somma complessiva di euro 15.000.000,00 (quindicimilioni/00). Superando detto limite, gli indennizzi spettanti a ciascun Assicurato verranno ridotti proporzionalmente.

Art. 28: Modalità per la liquidazione dell'indennità

La Società, ricevuto il certificato medico di guarigione o l'atto di morte, provvederà al pagamento delle indennità entro 60 giorni dal ricevimento di tali documenti.

La Società effettua il rimborso delle spese mediche di cui al punto 4. dell'art. "Liquidazione del danno" a cura ultimata e previa presentazione dei documenti giustificativi di spesa in originale.

Qualora l'infortunio indennizzabile ai sensi di polizza comporti una invalidità permanente di grado superiore al 10% (diecipercento), la Società porrà a disposizione dell'infortunato il 50% della indennità corrispondente al danno al momento valutato, con riserva di successivo accertamento e conguaglio; il pagamento di tale anticipazione avverrà entro 30 giorni dal ricevimento, da parte della Società, della certificazione medica da cui risulti l'entità presunta della invalidità. Non si darà luogo ad erogazione di anticipi quando sussistano giustificati dubbi sull'indennizzabilità del danno.

Art. 29: Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli eventi sofferti in conseguenza di:

- ◇ azioni delittuose - accertate con giudizio penale passato in giudicato - compiute o tentate dall'assicurato, salvo che siano conseguenti a legittima difesa o umana solidarietà;
- ◇ trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dalla accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti, non riconducibili a scopi connessi alle attività della Amministrazione;
- ◇ guerra od insurrezione, ad eccezione di quanto previsto al precedente art. Estensioni della copertura;
- ◇ atti di terrorismo posti in essere tramite l'uso di sostanze nucleari, biologiche, batteriologiche o chimiche;
- ◇ abuso di psicofarmaci o da uso non terapeutico di stupefacenti od allucinogeni, o da ubriachezza alla guida di veicoli a motore o natanti;
- ◇ partecipazione ad imprese temerarie, salvo che si tratti di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- ◇ operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- ◇ guida di mezzi di locomozione aerei;
- ◇ guida di veicoli o natanti per cui l'assicurato non sia regolarmente abilitato (ad eccezione degli assicurati di cui al punto 6 dell'art. Soggetti assicurati).
- ◇ Conseguenze derivanti da infezione da Covid-19.

Non sono coperte dalla presente polizza:

- Fatto salvo patto speciale, le persone di età superiore a ottantacinque anni. Tuttavia per persone che raggiungano tale età nel corso del contratto di assicurazione, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa al compimento di detto termine, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti, dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso verranno restituiti a richiesta del contraente;
- Indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-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. 30: Rinuncia al diritto di surroga

La Società dichiara di rinunciare in favore dell'Assicurato, o dei suoi aventi diritto, all'azione di surrogazione che possa competere ai sensi dell'art. 1916 del C.C., verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Art. 31: Controversie sulla definizione del danno

La determinazione della natura delle lesioni e la valutazione delle conseguenze dannose attribuibili all'evento sono effettuate dalla Società e dall'assicurato. A tal fine la Società invierà a quest'ultimo una proposta di indennità.

Qualora l'assicurato non intenda accettare la proposta pervenuta, la valutazione delle conseguenze attribuibili all'evento verrà, su domanda dello stesso, deferita ad un collegio di tre periti nominati uno dalla Società assicuratrice, uno dall'assicurato ed il terzo in accordo fra i primi due o, in difetto, dal Presidente del Tribunale del Foro ove ha sede la Amministrazione. Il collegio peritale eleggerà la propria residenza presso la sede della Amministrazione.

I periti, tenendo presenti le condizioni negoziali contenute nel presente contratto, decideranno a maggioranza.

La loro decisione sarà impegnativa per le parti ed inappellabile anche in eventuale mancanza di sottoscrizione del perito dissenziente.

Art. 32: Altre assicurazioni - Detrazioni

Per gli Assicurati per i quali sono efficaci anche coperture assicurative a carattere obbligatorio stipulate dalla Amministrazione (quale, ad esempio, la tutela assicurativa Inail), dall'indennizzo dovuto ai sensi del presente contratto verrà dedotto quanto eventualmente spettante ad essi o agli aventi diritto in virtù di tali altre assicurazioni.

Art. 33: Misure restrittive (Sanctions Limitations Exclusion Clause)

La Società non è tenuta a fornire la copertura, o a prestare beneficio conseguente o a pagare alcuna pretesa, nella misura in cui la fornitura di tale copertura, la prestazione di tali benefici o il pagamento di tale pretesa possa esporre l'assicuratore stesso a qualsivoglia sanzione, divieto o restrizione ai sensi delle risoluzioni delle Nazioni Unite ovvero sanzioni economiche o commerciali, legislative o regolamentari dell'Unione Europea, dell'Area Economica Europea e/o di qualunque altra legge nazionale applicabile in materia di sanzioni economiche o commerciali e/o embargo internazionale.

Art. 34: Restrizione ambito di applicazione territoriale

Le parti convengono che la presente polizza sia modificata come segue:

Indipendentemente da qualsiasi disposizione contraria contenuta nella presente polizza, o in qualsiasi

appendice o estensione aggiunta alla presente polizza, non vi sarà alcuna copertura garantita dalla polizza per qualsiasi pretesa, azione, causa o procedimento per la parte in cui siano introdotti, promossi o perseguiti in un'Area Specifica; ad eccezione degli importi sostenuti al di fuori di un'Area Specifica da una persona fisica al di fuori di un'Area Specifica per difendersi da una pretesa, azione, causa o procedimento introdotti, promossi o perseguiti in un'Area Specifica, ma esclusivamente nella misura in cui tali importi siano coperti da qualche garanzia prevista dalla presente polizza.

Ai fini della presente appendice, per "Area Specifica" si intende:

(a) la Repubblica di Bielorussia e/o

(b) la Federazione Russa (come riconosciuta dalle Nazioni Unite) o i suoi territori, comprese le acque territoriali o i protettorati in cui ha il controllo legale (per controllo legale si intende quello riconosciuto dalle Nazioni Unite).

Laddove vi fosse un conflitto tra i termini di questa appendice e la polizza, prevarrà il contenuto della presente appendice, salva in ogni caso l'applicazione di qualsiasi clausola Sanzioni.

Se una qualsiasi disposizione di questa appendice è, o in qualsiasi momento diventa, in qualsiasi misura, non valida, illegale o inapplicabile ai sensi di qualsiasi provvedimento o norma di legge, tale disposizione sarà, in tale misura, considerata non far parte di questa appendice, ma la validità, legalità e applicabilità del resto di questa appendice non saranno influenzate.

SEZIONE IV - CAPITALI ASSICURATI - CONTEGGIO DEL PREMIO DI POLIZZA

Destinatari dell'assicurazione	Capitali assicurati						Parametro di calcolo	Premio imp. unitario	Premio imp. totale
	caso morte	invalidità permanente	RSMO	HIV	Diaria da ricovero (max. 60 gg.)	Diaria gessi (max. 60 gg.)			
1. Amministratori	260.000,00	260.000,00	10.000,00	0,00	€ 0,00	€ 0,00	Nr. 345		
2.a. Dipendenti utilizzatori di veicoli dell'Ente	150.000,00	180.000,00	10.000,00	0,00	€ 0,00	€ 0,00	Nr. 298		
2.b. Dipendenti utilizzatori di veicoli propri	150.000,00	180.000,00	10.000,00	0,00	€ 0,00	€ 0,00	Km 200.000		
3. Volontari Protezione Civile	160.000,00	160.000,00	10.000,00	100.000,00	€ 100,00	€ 100,00	Nr. 90		
4. Minori affidati ai servizi sociali del Contraente	80.000,00	80.000,00	10.000,00	0,00	€ 0,00	€ 0,00	Nr. 3000		
5. Bambini delle scuole dell'infanzia	40.000,00	60.000,00	10.000,00	0,00	€ 0,00	€ 0,00	Nr. 18.500		
6. Allievi delle scuole civiche	40.000,00	60.000,00	10.000,00	0,00	€ 0,00	€ 0,00	Nr. 2.800		
7. Volontari occupati in attività comunali	80.000,00	80.000,00	10.000,00	0,00	€ 0,00	€ 0,00	Nr. 120		
8. Soggetti occupati con permanenza temporanea	80.000,00	80.000,00	10.000,00	0,00	€ 0,00	€ 0,00	Nr. 0		
Totale premio imponibile							euro	..	
Imposte							euro	..	
Totale premio lordo annuo							euro	..	

PAGINA DA NON COMPILARE IN SEDE DI OFFERTA