

CAPITOLATO SPECIALE

POLIZZA DI ASSICURAZIONE INFORTUNI CUMULATIVA

La presente polizza è stipulata tra

PROVINCIA DI CHIETI
Corso Marrucino, 97
66100 CHIETI
C.F. 80000130692

e

Società assicuratrice
Agenzia di
.
.

Durata del contratto

Dalle ore 24.00 del :	31.10.2011
Alle ore 24.00 del :	31.10.2014

Con scadenze dei periodi di assicurazione
successivi al primo fissati

Alle ore 24.00 del	31.10.2012
---------------------------	-------------------

DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intendono:

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

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

ART. 1 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

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

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

L'assicurazione decorre dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio viene pagato entro 15 giorni successivi alla data di effetto, in deroga a quanto previsto dall'art.1901 del Cod. Civile; in caso contrario la polizza decorre dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Per le rate successive alla prima è concesso un termine di mora di 30 giorni, trascorso il quale l'assicurazione resta sospesa e rientra in vigore soltanto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento del premio, ferme restando le date di scadenza contrattualmente stabilite ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

ART. 3 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

ART. 4 - AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

L'assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio.

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

ART. 5 - DIMINUZIONE DEL RISCHIO

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

ART. 6 - PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

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

ART. 7 - RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni sinistro e fino al trentesimo giorno successivo al pagamento o rifiuto dell'indennizzo, le parti hanno facoltà di comunicare il proprio recesso dal contratto, con un preavviso non inferiore a novanta giorni, da darsi all'altra parte mediante lettera raccomandata.

In tal caso la Società, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborserà all'Assicurato Contraente la parte di premio pagata e non goduta, al netto delle imposte di legge.

ART. 8 - ONERI FISCALI

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

ART. 9 - CLAUSOLA BROKER

Il Contraente dichiara di aver affidato la gestione della presente polizza alla società di brokeraggio assicurativo AON S.p.A..

Pertanto, agli effetti delle condizioni della presente polizza, le comunicazioni a cui le Parti sono tenute potranno essere fatte anche tramite il Broker, ed in tal caso si intenderanno come fatte all'altra Parte.

La Società assicuratrice inoltre riconosce che il pagamento dei premi sia fatto tramite il Broker sopra designato e che tale pagamento è liberatorio per il Contraente.
Farà fede, ai fini della copertura assicurativa, la data di una comunicazione scritta del Broker alla Società assicuratrice.

ART. 10 - FORO COMPETENTE

Per le controversie diverse da quelle previste all'art.28 il Foro competente è esclusivamente quello di Chieti.

Per le eventuali controversie riguardanti l'applicazione e l'esecuzione della presente polizza le Parti possono presentare domanda congiunta, oppure la parte interessata può presentare apposita domanda, presso un Organismo di mediazione riconosciuto dal Ministero della Giustizia ed istituito presso le sedi appositamente previste, che inviterà l'altra parte ad aderire e a partecipare all'incontro di mediazione finalizzato alla conciliazione ai sensi del D.Lgs.n.28/2010, nel rispetto del regolamento di conciliazione da questo adottato. Detto Organismo avrà sede nella medesima provincia ove ha sede il Contraente o l'Assicurato.

In caso di più domande relative alla stessa controversia trova applicazione il criterio di priorità cronologica e perciò la mediazione si svolgerà avanti l'Organismo presso il quale è stata presentata la prima istanza di mediazione.

Qualora il tentativo di mediazione abbia esito negativo, la parte interessata potrà agire in giudizio esclusivamente presso il Foro competente del luogo ove ha sede il Contraente.

ART. 11 - DURATA DELL'ASSICURAZIONE

Il contratto ha la durata indicata in frontespizio e cesserà irrevocabilmente alla scadenza del detto periodo, senza obbligo di disdetta.

Tuttavia alle parti è concessa la facoltà di rescindere il contratto ad ogni scadenza annuale con lettera raccomandata da inviarsi all'altra parte almeno tre mesi prima della suddetta scadenza.

ART. 12 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

ART. 13 – TRACCIABILITA' DEI FLUSSI FINANZIARI

La Società assume tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'art. 3 della Legge n.136/2010 e successive modifiche, al fine di garantire la tracciabilità dei movimenti finanziari relativi al presente contratto.

In caso di inadempimento a tali obblighi il presente contratto si risolve di diritto ai sensi del comma 8 del medesimo art. 3.

La Società si impegna a dare immediata comunicazione all'Ente contraente ed alla Prefettura della notizia dell'inadempimento della propria controparte (subappaltatore) agli obblighi di tracciabilità finanziaria.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

ART. 13 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione vale per i rischi e per le persone assicurate indicati nelle Condizioni Particolari.

Sono compresi in garanzia anche:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti acuti di origine traumatica, da ingestione o assorbimento di sostanze;
- contatto con corrosivi;
- le affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi, esclusi il carbonchio, la malaria e le malattie tropicali;
- l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento;
- la folgorazione;
- i colpi di sole o di calore;
- le lesioni determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico;
- gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismi, attentati, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- gli infortuni derivanti da malore ed incoscienza;
- gli infortuni derivanti da imprudenza e negligenza anche gravi;
- gli infortuni derivanti dall'uso o guida di ciclomotori e motocicli di qualunque cilindrata, trattori e macchine agricole semoventi, veicoli a motore e natanti, a condizione che l'Assicurato sia in possesso, ove prescritto, di regolare patente di abilitazione alla guida;
- gli infortuni subiti in conseguenza di calamità naturali quali terremoto, maremoto, eruzione vulcanica, alluvioni, inondazioni, frane, valanghe e fenomeni connessi;
- gli infortuni causati da influenze termiche ed atmosferiche, compresa l'azione del fulmine;
- gli infortuni subiti durante la partecipazione, a seguito di mobilitazione o adesione volontaria, al servizio di protezione civile.

ART. 14 - ESCLUSIONI

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

- partecipazione a corse e gare sportive (e relative prove) salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- partecipazione a corse e gare (e relative prove) che comportano l'uso o la guida di veicoli o natanti a motore, salvo che si tratti di regolarità pura;
- pratica di paracadutismo, immersioni subacquee con uso di autorespiratore, alpinismo con scalata di rocce di grado superiore al terzo (scala U.I.A.A.), pugilato, salto dal trampolino con gli sci, deltaplano e sport aerei in genere;
- guerra e insurrezioni, salvo quanto previsto all'Art. 15 - Rischio Guerra;
- delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- gli infortuni che siano conseguenza diretta od indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo e di radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, e da esposizione a radiazioni ionizzanti;
- abuso di psicofarmaci o da uso non terapeutico di stupefacenti od allucinogeni;
- stato di intossicazione acuta alcolica quando l'Assicurato si trovi alla guida di veicoli o natanti;
- gli infortuni occorsi in occasione di partecipazione ad imprese temerarie, salvo in quest'ultimo caso che si tratti di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- le conseguenze di operazioni chirurgiche e di accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio.

ART. 15 - ESTENSIONI DI GARANZIA

Rischio guerra

La garanzia è estesa agli infortuni avvenuti all'estero derivanti da stato di guerra civile, guerra (dichiarata e non dichiarata), invasione, atti nemici, ostilità, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di eventi bellici mentre si trova all'estero.

Morte presunta

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

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

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

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

Danni estetici

Si conviene che in caso di infortunio non escluso dalle Condizioni della presente polizza, che produca conseguenze di carattere estetico al viso - anche se 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 € 7.500,00= per Assicurato.

Rimborso spese mediche da infortunio

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, la Società rimborsa, fino alla concorrenza del massimale annuo assicurato, le spese di carattere sanitario direttamente conseguenti e sostenute :

- durante il ricovero in istituto di cura pubblico o privato (rette degenza, onorari medici, chirurgo, aiuto chirurgo, anestesista, materiale di intervento, diritti di sala operatoria, medicinali) ;
- per intervento chirurgico anche ambulatoriale ;
- per visite mediche specialistiche ed acquisto di medicinali ;
- per applicazione di apparecchi gessati, bendaggi e docce di immobilizzazione, artroscopia diagnostica ed operativa;
- per analisi ed accertamenti diagnostici strumentali, anche specialistici, di laboratorio, radiologici;
- per terapie fisiche anche specialistiche quali ad esempio : laserterapia, chiroterapia, chinesiterapia, trazioni vertebrali, ultrasuoni, marconiterapia, massoterapia;
- per presidi ortopedici, protesi e tutori di funzione arti superiori, inferiori e tronco;
- per interventi di chirurgia plastica ricostruttiva volti ad eliminare danni estetici conseguenti all'infortunio denunciato ;
- per trasporto dell'assicurato con qualsiasi mezzo dal luogo dell'infortunio all'istituto di cura o posto di pronto soccorso ;
- per cure e protesi dentarie conseguenti ad infortunio.

La garanzia di cui al presente articolo viene prestata con uno scoperto del 10% e con un minimo di Euro 260,00 a carico dell'assicurato per ogni sinistro, intendendosi per tale l'intero ciclo di cura relativo allo stesso infortunio.

Il rimborso viene effettuato dalla Società a guarigione clinica ultimata su presentazione, in originale, dei documenti giustificativi, debitamente quietanzati (notule del medico, ricevute del farmacista, conti dell'ospedale o clinica, ecc.)

A richiesta dell'assicurato la Società restituisce i predetti originali, previa apposizione della data di liquidazione.

La domanda per il rimborso delle spese, corredata dai documenti giustificativi e dalla certificazione medica (ivi compresa eventuale cartella clinica) deve essere presentata alla Società entro il trentesimo giorno successivo a quello in cui è terminata la cura medica.

Qualora l'assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, distinte e ricevute per ottenere il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto a termini della presente garanzia dietro presentazione di copia della certificazione delle spese effettivamente sostenute al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi vengono eseguiti in Italia al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano Cambi.

ART. 16 - INFORTUNI AERONAUTICI

L'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei turistici o di trasferimento, effettuati in qualità di passeggero, su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti tranne che:

- da società/aziende di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;
- da Aereoclub.

La somma delle garanzie di cui alla presente polizza e eventuali altre assicurazioni stipulate dall'assicurato o da altri in suo favore per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni, non potrà superare per ciascuna persona assicurata i capitali di Euro 1.000.000,00= per il caso di morte, Euro 1.000.000,00= per il caso di invalidità permanente totale ed Euro 260,00= giornaliero per il caso di inabilità temporanea, e per aeromobile i capitali di Euro 5.200.000,00= per il caso morte, Euro 5.200.000,00= per il caso di invalidità permanente totale e di Euro 5.200,00= giornaliero per il caso di inabilità temporanea.

In detta limitazione per aeromobile rientrano anche i capitali riferentisi ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze infortuni terrestri cumulative stipulate dallo stesso Contraente.

Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedano gli importi suindicati, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno adeguate con riduzione ed imputazione proporzionale sulle singole assicurazioni.

Agli effetti della garanzia, il viaggio aereo si intende cominciato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso.

Le limitazioni dei cumuli sopra indicati restano operanti anche nel caso di indicizzazione della polizza.

La garanzia di cui al presente articolo non è valida nel caso di polizze con durata inferiore ad un anno.

ART. 17 - SERVIZIO MILITARE

Durante il servizio militare di leva, il servizio sostitutivo, l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale l'assicurazione resta sospesa.

ART. 18 - LIMITI TERRITORIALI E LIMITI DI INDENNIZZO

L'assicurazione viene prestata per gli infortuni verificatisi in ogni parte del mondo. In ogni caso il pagamento delle indennità verrà effettuato in Italia con moneta nazionale.

Nel caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più Assicurati, l'esborso a carico della Società non potrà superare la somma complessiva di Euro 5.200.000,00=

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

ART. 19 - LIMITI DI ETÀ

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore ad anni settantacinque. Tuttavia per persone che raggiungano tale età nel corso del contratto di assicurazione, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa al compimento

di detto termine, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti, dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso verranno restituiti a richiesta del Contraente.

ART. 20 - PERSONE NON ASSICURABILI

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

L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi.

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

ART. 21 - ESONERO DENUNCIA GENERALITÀ DEGLI ASSICURATI

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per l'identificazione di tali persone, si farà riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione del Contraente.

ART. 22 - ALTRE ASSICURAZIONI

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

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

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

ART. 23 - DENUNCIA DELL'INFORTUNIO ED OBBLIGHI RELATIVI

La denuncia dell'infortunio con una dettagliata descrizione dello stesso e delle sue cause e conseguenze, corredata di certificato medico, deve essere fatta alla Società cui è assegnato il contratto di assicurazione nel termine di 10 giorni dall'infortunio o dal momento in cui l'Assicurato o gli aventi diritto ne abbiano avuto possibilità. Avvenuto l'infortunio, l'Assicurato deve ricorrere alle cure di un medico e seguirne le prescrizioni, nonché informare periodicamente la Società sul decorso delle lesioni.

Quando l'infortunio abbia causato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, deve esserne dato immediatamente avviso telegrafico alla Società.

L'Assicurato, i suoi familiari od aventi diritto devono consentire alla visita di medici della Società ed a qualsiasi indagine che questi ritengano necessaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato stesso.

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

ART. 24 - CRITERI DI INDENNIZZO

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

Parimenti, nei preesistenti casi di mutilazioni o difetti fisici, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette dell'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra e sana, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti, fermo quando stabilito dall'art.26.

ART. 25 - MORTE

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

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

Qualora l'assicurazione sia stata stipulata in ottemperanza al C.C.N.L. applicabile all'Assicurato, la somma per il caso di morte sarà corrisposta alle persone cui spetta obbligatoriamente in forza del citato C.C.N.L. e solo in mancanza di tali persone si applicherà quanto disposto dai primi due commi del presente articolo.

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

ART. 26 - INVALIDITÀ PERMANENTE

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

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

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

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

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

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

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

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

Questi massimi valgono anche se l'ernia è bilaterale.

Qualora insorga contestazione circa l'operabilità o meno dell'ernia, la decisione sarà rimessa al Collegio Arbitrale di cui al successivo art.28.

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

Nei casi di invalidità permanente di grado pari o superiore al 60% sarà liquidata l'indennità pari all'intero capitale assicurato.

ART. 27 - CUMULO DI INDENNITÀ

L'indennità per rimborso spese mediche è cumulabile con quella per morte o per invalidità permanente. Se dopo il pagamento di una indennità per invalidità permanente, ma entro due anni

dal giorno dell'infortunio, ed in conseguenza di questo l'Assicurato muore, la Società corrisponderà ai beneficiari designati o, in difetto, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali, la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore, e non chiederanno il rimborso nel caso contrario.

Il diritto all'indennità per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi, tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Società paga agli eredi dell'Assicurato l'importo liquidato od offerto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

ART. 28 - COLLEGIO ARBITRALE

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

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

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

ART. 29 - RINUNCIA RIVALSA

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

ART. 30 - COASSICURAZIONE E DELEGA

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, esclusa ogni responsabilità solidale.

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

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

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

La sottoscritta Società delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle coassicuratrici indicate 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.

CONTRAENTE

SOCIETA'

Ai fini degli artt. 1341 e 1342 del C.C. il sottoscritto dichiara di avere attentamente letto e di approvare espressamente le disposizioni contenute nei seguenti articoli delle Condizioni Generali:

- art. 7. : diritto di recesso delle Parti dopo ogni denuncia di sinistro;
- art.10.: deroga alla competenza territoriale;
- art.16.: limite di risarcimento in caso di infortunio aeronautico;
- art.18.: limite di risarcimento in caso di infortunio che colpisca più assicurati;
- art.19.: automatica cessazione dell'assicurazione al raggiungimento del settantacinquesimo anno di età dell'Assicurato;
- art.23.: denuncia dell'infortunio ed obblighi relativi;
- art.28.: deferimento delle controversie al collegio arbitrale.

CONTRAENTE

CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE

PERSONE E SOMME ASSICURATE

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

A) PRESIDENTE della GIUNTA

- Somme assicurate

Euro 400.000,00 per il caso Morte;

Euro 400.000,00 per Invalidità Permanente;

Euro 10.000,00 per Rimborso Spese Mediche da infortunio.

- Ambito della garanzia

L'assicurazione è prestata per gli infortuni che l'assicurato subisca durante l'espletamento delle funzioni istituzionali e/o di ogni altra attività complementare o connessa alla specifica mansione, ivi compreso il rischio in itinere.

B) VICEPRESIDENTE DELLA GIUNTA

- Somme assicurate

Euro 300.000,00 per il caso Morte;

Euro 300.000,00 per Invalidità Permanente;

Euro 10.000,00 per Rimborso Spese Mediche da infortunio.

- Ambito della garanzia

L'assicurazione è prestata per gli infortuni che l'assicurato subisca durante l'espletamento delle funzioni istituzionali e/o di ogni altra attività complementare o connessa alla specifica mansione, ivi compreso il rischio in itinere.

C) ASSESSORI E CONSIGLIERI

- Somme assicurate pro-capite

Euro 300.000,00 per il caso Morte;

Euro 300.000,00 per Invalidità Permanente;

Euro 10.000,00 per Rimborso Spese Mediche da infortunio.

- Ambito della garanzia

L'assicurazione è prestata per gli infortuni che l'assicurato subisca durante l'espletamento delle funzioni istituzionali e/o di ogni altra attività complementare o connessa alla specifica mansione, ivi compreso il rischio in itinere.

D) SEGRETARIO GENERALE

- Somme assicurate

Euro 300.000,00 per il caso Morte;

Euro 300.000,00 per Invalidità Permanente;

Euro 10.000,00 per Rimborso Spese Mediche da infortunio.

- Ambito della garanzia

Come successivo punto E)

E) CONDUCENTI DEI VEICOLI DELL'ENTE

- Somme assicurate pro-capite

Euro 200.000,00 per il caso Morte;

Euro 200.000,00 per Invalidità Permanente;

Euro 5.000,00 per Rimborso Spese Mediche da infortunio.

- Ambito della garanzia

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'assicurato subisca a bordo di veicoli per incidenti di circolazione, dal momento in cui sale a quello in cui scende dal veicolo; l'assicurazione vale anche mentre egli, in caso di fermata accidentale, si trova a terra per eseguire le operazioni necessarie a consentire al veicolo di riprendere la marcia.

Sono assicurati:

- i conducenti dei veicoli di proprietà, in uso, in locazione o in comodato d'uso all'Ente stesso, nonché le persone di cui sia stato autorizzato il trasporto, limitatamente al tempo strettamente necessario per l'esecuzione delle prestazioni di servizio.

CALCOLO DEL PREMIO

Il premio è conteggiato in base ai costi lordi sottoindicati e viene anticipato nella misura di Euro, che rappresenta il premio minimo annuo comunque acquisito dalla Società.

Il premio così conteggiato è soggetto a regolazione secondo quanto previsto dalla norma "Regolazione del Premio".

A) PRESIDENTE DELLA GIUNTA Euro

B) VICEPRESIDENTE DELLA GIUNTA Euro

C) ASSESSORI E CONSIGLIERI
Euro X n° 39 membri = Euro

D) SEGRETARIO GENERALE Euro

E) CONDUCENTI DEI VEICOLI DELL'ENTE

Il Contraente al perfezionamento della presente polizza versa, a titolo di premio anticipato, la somma di Euro corrispondente ai veicoli inizialmente assicurati, come da elenco allegato alla presente polizza.

Tale premio è calcolato in ragione di

Euro per ogni autovettura e autopromiscuo;

Euro per ogni autocarro;

Euro per ogni autoveicolo uso speciale e per ogni macchina operatrice;

Euro per ciascun autoveicolo diverso dai precedenti.

Per le inclusioni/esclusioni di veicoli assicurati con la presente polizza la Contraente dovrà darne comunicazione scritta alla Società o al Broker, indicando il tipo di veicolo, numero di targa o telaio, data e ora di effetto della variazione.

La variazione decorrerà dalla data/ora indicata dal Contraente, ma comunque non antecedente le ore 24 del giorno di spedizione della raccomandata o non antecedente l'ora di invio del telegramma e/o telefax.

REGOLAZIONE DEL PREMIO

Entro 90 giorni dalla fine di ogni anno di assicurazione o del minor periodo di durata del contratto, affinché la Società possa procedere alla regolazione del premio definitivo, il Contraente è tenuto a comunicare alla Società stessa i dati consuntivi relativi alle categorie assicurate.

Le differenze attive o passive risultanti dalle regolazioni devono essere pagate entro 60 giorni dalla relativa comunicazione.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti ed il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società può fissargli mediante formale messa in mora un ulteriore termine non inferiore a 30 giorni, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo all'annualità assicurativa per la quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva. Conseguentemente l'assicurazione resta sospesa fino alle ore 24.00 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare con lettera raccomandata la risoluzione del contratto.

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

La Società ha il diritto di effettuare in qualsiasi momento verifiche e controlli per i quali il Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie.

CONTRAENTE

SOCIETA'
