

Contraente:	Comune di PORCARI
Indirizzo: P.zza Orsi - 55016 PORCARI (LU)	
Codice Fiscale/ Partita IVA : 00383070463	

effetto	31/12/2016	
scadenza	31/12/2018	

	Imponibile	tasse	Premio lordo
Alla firma			
Rate successive			

L'assicurazione prestata con la presente polizza opera per le seguenti **categorie Assicurate e Massimali**

A	amministratori / segretario	Caso Morte	€ 250.000,00
		Caso Inv.tà Perm.te	€ 300.000,00
B	Dipendenti	Caso Morte : 3 v. retrib col max di	€ 200.000,00
		Caso Inv.tà Perm.te 4 v. retrib col max di	€ 250.000,00
C	Minori in affido	Caso Morte da infortunio	€ 60.000,00
		Caso Inv.tà Perm.te da Inf.nio	€ 60.000,00
D	Conducenti vetture identificate	Caso Morte da infortunio	€ 60.000,00
		Caso Inv.tà Perm.te da Inf.nio	€ 60.000,00
		Rimborso spese mediche da inf.	€ 3.000,00
E	Ragazzi Scuolabus	Caso Morte da infortunio	€ 60.000,00
		Caso Inv.tà Perm.te da Inf.nio	€ 60.000,00
F	Altri soggetti: <i>collaboratore non dipendente per i servizi amministrativi</i> MANFREDINI DIA c.f.: MNFDIA51A55GG882H	Caso Morte da infortunio	€ 200.000,00
		Caso Inv.tà Perm.te da Inf.nio	€ 250.000,00

Definizioni – Norme che Regolano l'Assicurazione in Generale - Norme Operanti in Caso di Sinistro - Oggetto dell'Assicurazione – Assicurati – Condizioni di Garanzia– Schede Categorie Assicurate – Limiti/Franchigie

Il presente capitolato è costituito da n. 11 fogli allegati

Costituenti il contratto assicurativo che le Parti si impegnano a sottoscrivere agli effetti della validità dell'assicurazione.

Elaborazione a cura dell'intermediario

DEFINIZIONI Nel testo che segue, si debbono intendere per:

ASSICURAZIONE	il contratto di assicurazione;
POLIZZA	il documento che prova e regola l'assicurazione;
CONTRAENTE	il soggetto che stipula l'assicurazione;
ASSICURATO	il soggetto il cui interesse è protetto dalla presente assicurazione;
SOCIETA'	la Compagnia assicuratrice, o il gruppo di Compagnie, che ha assunto la presente assicurazione;
PREMIO	la somma dovuta dalla Contraente alla Società a fronte delle garanzie da essa prestate a termini della presente assicurazione;
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 l'assicurazione
INDENNIZZO / INDENNITA'	la somma dovuta dalla Società all'Assicurato o agli aventi diritto in caso di sinistro indennizzabile a termini di polizza;
INFORTUNIO	evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni obiettivamente constatabili e che abbia come conseguenza la morte, un'invalidità permanente e/o un'invalidità temporanea;
INVALIDITA' PERMANENTE	diminuzione o perdita definitiva ed irrimediabile della capacità generica a svolgere un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione esercitata;
ISTITUTO DI CURA	ogni struttura sanitaria regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza ospedaliera LIMITE DI INDENNIZZO la somma massima dovuta dalla Società;
SCOPERTO	parte dell'ammontare del danno che rimane obbligatoriamente a carico dell'Assicurato, espressa in percentuale sul danno liquidabile;
FRANCHIGIA	l'importo, o la percentuale, previsto dalle norme contrattuali e che, in caso di sinistro, resta a carico esclusivo dell'Assicurato, o degli aventi diritto;
PERIODO DI ASSICURAZIONE	il periodo pari o inferiore a 12 mesi compreso tra la data di effetto e la data di scadenza annuale;
RETRIBUZIONE ANNUA LORDA	Quanto, al lordo delle ritenute previdenziali, i dipendenti obbligatoriamente assicurati presso l'INAIL e quelli eventualmente non soggetti all'assicurazione INAIL effettivamente ricevono a compenso delle loro prestazioni nonché gli importi (esclusa I.V.A.) pagati dall'Assicurato a soggetti terzi, regolarmente abilitati ai sensi di Legge, quale corrispettivo per l'utilizzo degli stessi e/o l'ammontare dei compensi degli amministratori,
RICOVERO	la degenza comportante pernottamento in Istituto di Cura
BROKER/ INTERMEDIARIO	L'intermediario a cui sono affidate la gestione e l'esecuzione dell'Assicurazione in questo caso: la Inser SpA con sede legale a Trento.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

1.- DURATA DEL CONTRATTO

Il presente contratto avrà durata triennale. Alla scadenza la polizza si intenderà cessata senza obbligo di preventiva disdetta. E' comunque facoltà della Contraente, alla naturale scadenza del contratto, richiedere alla Società la proroga della presente assicurazione, fino al completo espletamento delle procedure d'aggiudicazione della nuova assicurazione e comunque per un periodo massimo di 180 (centoottanta) giorni. La Società s'impegna a prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni, contrattuali ed economiche, in vigore ed il relativo rateo di premio verrà corrisposto entro 30 (trenta) giorni dall'inizio della proroga.

E' inoltre facoltà del Contraente di rescindere anticipatamente la polizza, ad ogni ricorrenza annuale, mediante preavviso di 30 giorni da comunicare alla Società per raccomandata o PEC - posta elettronica certificata.

In tal caso la eventuale regolazione del premio integrativo avverrà, con le modalità di seguito previste, successivamente al termine del periodo di proroga.

2 - COASSICURAZIONE E DELEGA (nell'eventualità di coassicurazione)

L'assicurazione è divisa per quote fra diverse Società in appresso indicate:

..... % Delegataria
..... % Coassicuratrice
..... % Coassicuratrice

in caso di sinistro la Società Delegataria ne gestirà e definirà la liquidazione e le Società Coassicuratrici, che si impegnano ad accettare i criteri di liquidazione applicati dalla Società Delegataria, concorreranno nel pagamento dell'indennizzo liquidato a termini delle condizioni tutte in proporzione della quota da esse assicurata, esclusa ogni responsabilità solidale. Con la firma della Polizza le Coassicuratrici danno mandato alla Società Delegataria a firmare i successivi documenti di modifica anche in loro nome e per loro conto a condizione che il Broker abbia preventivamente pattuito le modifiche stesse con le Coassicuratrici nonché con la Delegataria.

Pertanto la firma apposta dalla Società Delegataria rende validi ad ogni effetto i successivi documenti anche per le quote di pertinenza delle Coassicuratrici.

3 - DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE – PAGAMENTO DEI PREMI

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza.

La Contraente pagherà alla Società la rata di premio alla firma riferita al periodo iniziale ed entro i sessanta giorni successivi alla scadenza annuale la rata di premio successiva riferita al periodo in caso rinnovo dell'assicurazione, come indicato all'Articolo 1.

Se la Contraente non paga entro tali termini, l'assicurazione resta sospesa e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.

Si considera come data di avvenuto pagamento, a prescindere da quando materialmente sarà accreditato l'ammontare del premio, quella dell'atto che conferisce tale ordine all'Unità Operativa Economico-Finanziaria della Contraente a condizione che, gli estremi dell'atto, vengano comunicati per iscritto al Broker a mezzo raccomandata o telex o telefax.

I premi devono essere pagati al Broker al quale è assegnata la polizza.

4 - PAGAMENTI PER VARIAZIONI CON AUMENTO DI PREMIO - PERIODO DI MORA

Anche le eventuali variazioni comportanti un aumento di premio potranno essere pagate entro 60 (sessanta) giorni dalla data di ricezione, da parte della Contraente, del relativo documento regolarmente emesso dalla Società.

Resta convenuto tra le Parti che è considerata, a tutti gli effetti, come data di avvenuto pagamento, a prescindere da quando materialmente sarà accreditato l'ammontare del premio, quella dell'atto che conferisce tale ordine all'Unità Operativa Economico-Finanziaria della Contraente a condizione che, gli estremi dell'atto, vengano comunicati per iscritto al Broker a mezzo raccomandata o telex o telefax.

5 - REGOLAZIONE DEL PREMIO

Per i premi che sono quantificati in base ad elementi di rischio variabili, come indicato alle singole Categorie assicurate, la Contraente è tenuta, entro 120 (centoventi) giorni dalla fine di ogni anno di assicurazione o del minor periodo di durata del contratto, a comunicare alla Società Delegataria i dati consuntivi, affinché la Società stessa possa procedere alla regolazione del premio definitivo.

Le differenze attive e passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate rispettivamente dalla Contraente entro 60 giorni dalla data di ricevimento, da parte della Contraente stessa, del documento di regolazione, correttamente

emesso, o dalla Società, in caso di rimborso entro 30 (trenta) giorni dalla data di emissione del documento di regolazione.

Si considera come data di avvenuto pagamento, a prescindere da quando materialmente sarà accreditato l'ammontare del premio, quella dell'atto che conferisce tale ordine all'Unità Operativa Economico-Finanziaria della Contraente a condizione che, gli estremi dell'atto, vengano comunicati per iscritto al Broker a mezzo raccomandata o telex o telefax.

La mancata comunicazione dei dati occorrenti per la regolazione costituisce presunzione di una differenza attiva a favore della Società. Se la Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti o il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società può fissargli un ulteriore termine di 15 giorni, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate future 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 e l'assicurazione resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui la Contraente abbia adempiuto i suoi obblighi, salvo il diritto della Società di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

Per i contratti scaduti, se la Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio la Società, fermo il diritto di agire giudizialmente, anteporrà alla liquidazione degli eventuali sinistri, il pagamento del premio di regolazione arretrato.

6 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO – VARIAZIONI DEL RISCHIO - BUONA FEDE

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze della Contraente e/o dell'Assicurato 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 (Articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile).

Tuttavia, viene espressamente convenuto che l'omissione da parte della Contraente o dell'Assicurato di una circostanza eventualmente aggravante il rischio, così come le incomplete od inesatte dichiarazioni dell'Assicurato all'atto della stipulazione del contratto o durante il corso dello stesso, non pregiudicano il diritto al risarcimento dei danni, sempre che tale omissioni od inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo, fermo restando il diritto della Società, una volta venuta a conoscenza di circostanze aggravanti che comportino un maggior premio, di richiedere la relativa modifica delle condizioni in corso.

La Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio.

Tuttavia, gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società non comporteranno la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione (Articolo 1898 del Codice Civile), sempre che la Contraente o l'Assicurato non abbia agito con dolo.

7 - VARIAZIONI DI RISCHIO

Qualora nel corso del contratto si verificano variazioni di rischio la Contraente o l'Assicurato deve darne immediata comunicazione alla Società Delegataria.

Se la variazione implica aggravamento di rischio tale che la Società non possa consentire l'assicurazione, essa ha diritto di recedere dal contratto, in conformità all'Articolo 1898 del Codice Civile con preavviso di 120 (centoventi) giorni.

Se la variazione implica diminuzione delle somme assicurate per qualsiasi motivo (esclusa l'assicurazione presso altri Assicuratori), diminuzione di rischio o cessazione di rischio o dell'attività, la riduzione di premio sarà immediata e la Società rimborserà la corrispondente quota di premio pagata e non goduta (escluse le imposte governative in quanto già versate all'Erario) entro 30 (trenta) giorni dalla comunicazione.

Il premio sarà inoltre ridotto in proporzione a partire dalla scadenza annuale successiva alla comunicazione.

8 - VARIAZIONI NELLE CATEGORIE ASSICURATE

L'assicurazione vale per le persone nominate e le categorie designate in Polizza ed in quanto permanga rispetto ad esse il rapporto in considerazione del quale fu fatta l'assicurazione.

Le variazioni delle Categorie assicurate devono essere comunicate dalla Contraente restando inteso che:

- devono essere approvate dalla Società;
- se le variazioni comportano un aumento del premio, la Società ne prende atto con appendice e la Contraente è obbligata al pagamento del relativo premio entro 60 giorni dalla ricezione del documento regolarmente emesso.

9 - ESONERO DENUNCIA INFERMITÀ DIFETTI FISICI E MUTILAZIONI

La Contraente è esonerata dall'obbligo di denunciare le infermità di cui i singoli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione della presente Convenzione o che dovessero in seguito sopravvenire, fermo restando il disposto dell'Articolo 19 delle Norme operanti in Caso di Sinistro inerente ai Criteri di Indennizzabilità.

10 - ESONERO DENUNCIA GENERALITA' DEGLI ASSICURATI

La Contraente è esonerata dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle Persone assicurate. Per l'identificazione di tali Persone, si farà riferimento alle risultanze dei dati in possesso della Contraente.

11 - ESONERO DENUNCIA ALTRE ASSICURAZIONI

La Contraente è esonerata dall'obbligo di denunciare le altre eventuali assicurazioni che i singoli Assicurati avessero in corso o stipulassero in proprio per il medesimo rischio.

12 - GESTIONE DELLA POLIZZA - BROKER

La Contraente dichiara di aver affidato, a norma della d.lgs. 209/2005, la gestione del presente contratto alla società INSER S.p.A., in qualità di broker assicurazione della Contraente ed a cui è affidata la gestione e l'esecuzione della presente polizza.

Si dà inoltre atto che, ai fini dell'Articolo 1901 del Codice Civile, il pagamento dei premi effettuato al broker s'intenderà come ricevuto dalla Società. Del pari, le comunicazioni ricevute dal broker si intendono come ricevute dalla Società anche ai fini dell'Articolo 1913 del Codice Civile.

13 - FORMA DELLE COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni fra le Parti debbono essere fatte, per essere valide, per iscritto.

14 - ONERI FISCALI

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

15 - FORO COMPETENTE

Per le controversie riguardanti l'applicazione e l'esecuzione della presente polizza, è competente il Foro in cui ha sede il Contraente della polizza.

16 - TRATTAMENTO DEI DATI

Ai sensi della L. 196/2003 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.

17 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

18 - DENUNCIA DELL'INFORTUNIO

La denuncia dell'infortunio, con l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che lo hanno determinato, corredata di certificato medico, deve essere inoltrata entro trenta giorni dal momento in cui si è verificato l'infortunio o in cui l'Assicurato, o i suoi aventi diritto, abbiano avuto la possibilità di denunciarlo.

Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sia sopravvenuta durante il periodo di cura, di essa deve essere dato avviso alla Società il più presto possibile.

L'Assicurato, i suoi familiari od aventi diritto, devono consentire la visita di medici, nominati dalla Società e qualsiasi indagine od accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale, verso la Società stessa, i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato e/o coloro che hanno svolto tali indagini ed accertamenti.

Se la Contraente o l'Assicurato, o i suoi familiari o aventi diritto, intenzionalmente non adempiano all'obbligo della denuncia ed agli altri obblighi indicati nei commi precedenti, l'Assicurato ed i suoi aventi diritto perdono il diritto all'indennità; se a tali obblighi colposamente non adempiono l'Assicurato, i suoi familiari o aventi diritto, la Società ha il diritto di ridurre le indennità in ragione del pregiudizio sofferto.

19 - CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ E LIQUIDAZIONE DEL DANNO

La Società liquida 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 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.

Nei casi di preesistenti mutilazioni o difetti fisici, 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 derivato dalle condizioni preesistenti.

20 - QUANTIFICAZIONE DEL DANNO – PAGAMENTO

Completata la necessaria documentazione e svolti gli accertamenti del caso, la Società calcola l'indennizzo dovuto, ne dà comunicazione agli aventi diritto e, ricevuta la loro accettazione, provvede al pagamento entro 30 (trenta) giorni. L'indennizzo viene corrisposto in Italia, in Euro.

21 - CONTROVERSIE

Le Parti si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere su qualsiasi controversia sorta in merito ad un sinistro ad un Collegio di tre medici nominati uno per Parte ed il terzo dalle Parti di comune accordo o, in caso di disaccordo, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio medico. Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle Parti remunera, a proprie spese, 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.

E' data facoltà al Collegio di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da fissarsi dal Collegio stesso, entro due anni, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una somma da imputarsi nella liquidazione definitiva dell'infortunio.

22 - RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato al diritto di rivalsa, spettante a termini dell'Articolo 1916 del Codice Civile, nei confronti di eventuali Terzi responsabili dell'infortunio.

23 - RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni sinistro e fino al trentesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società o la Contraente possono recedere dall'assicurazione con preavviso di 120 (centocinquanta) giorni. In tal caso la Società, entro quindici giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio imponibile relativa al periodo di rischio non corso.

24 - OBBLIGHI DELLA SOCIETA' NELLA GESTIONE DEI SINISTRI – RENDICONTO

La Società s'impegna ed obbliga a fornire alla Contraente, alle rispettive scadenze annuali, il dettaglio dei sinistri così impostato:

- elencazione dei sinistri Denunciati;
- sinistri Riservati, con indicazione dell'importo a riserva che dovrà essere mantenuto, sia sui supporti magnetici che sulla documentazione cartacea, anche ad avvenuta liquidazione o ad annullamento "senza seguito" del sinistro stesso;
- sinistri Liquidati, con indicazione dell'importo liquidato;
- sinistri Respinti, con precisazione scritta delle motivazioni.

Tutti i sinistri dovranno essere corredati di: data di apertura della pratica presso la Società, data di accadimento del sinistro denunciato, tipologia dell'evento e data dell'eventuale chiusura della pratica per liquidazione o altro motivo.

Il monitoraggio deve essere fornito progressivamente, cioè in modo continuo ed aggiornato, dalla data d'accensione della copertura fino a quando non vi sia l'esaurimento di tutte indistintamente le pratiche.

La documentazione di cui sopra dovrà essere fornita alla Contraente mediante supporto informatico, compatibile ed utilizzabile dalla Contraente stessa.

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

OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La garanzia è prestata per gli infortuni, subiti dagli Assicurati che si verifichino a causa e/o in occasione dell'espletamento delle mansioni loro affidate, dalle quali derivi la morte, l'invalidità permanente, riferite alle seguenti categorie:

A - Amministratori -

L'assicurazione è prestata esclusivamente per gli infortuni verificatisi a causa ed in occasione dell'espletamento di tutte le attività e funzioni connesse alla carica di Amministratori .

Sono compresi in garanzia tutti gli infortuni verificatisi durante i trasferimenti effettuati, con qualsiasi mezzo di locomozione pubblico e/o privato, oltre che a piedi.

A.1 - Segretario

L'assicurazione è prestata per gli infortuni verificatisi a causa ed in occasione dell'espletamento di tutte le attività e funzioni connesse alla sua qualifica, compresi gli infortuni verificatisi durante i trasferimenti e missioni effettuati, oltre che a piedi, con qualsiasi mezzo di locomozione pubblico e/o privato.

B - Dipendenti

La garanzia si intende prestata a favore dei dipendenti del Contraente:

a) relativamente ai rischi professionali per tutti i dipendenti soggetti all'assicurazione obbligatoria:

- per gli eventuali importi previsti a titolo di franchigia da parte dell'INAIL medesimo, laddove tale Istituto abbia dato luogo ad indennizzo
- integralmente negli altri casi;

Poiché la presente assicurazione è stipulata dal Contraente anche nel proprio interesse e secondo quanto disposto dai relativi D.P.R., gli importi indicati in base alla presente polizza saranno detratti dalle somme eventualmente spettanti a titolo di equo indennizzo per lo stesso evento.

L'Assicurato e/o la Contraente, è tenuto ad inoltrare alla Società la documentazione attestante il diritto all'indennizzo a termini della presente polizza entro un anno dalla data della comunicazione della inappellabile decisione formulata dall'INAIL.

b) autorizzati a servirsi, in occasione di missioni o per adempimenti di servizio fuori dall'ufficio del proprio mezzo di trasporto e/o di proprietà dell'Ente stesso, oltre che a piedi e/o con qualsiasi mezzo di locomozione pubblico e/o privato. Sono compresi in garanzia anche la salita e la discesa dai veicoli stessi e gli infortuni subiti dagli assicurati mentre attendono, in caso di fermata del veicolo, alle operazioni necessarie per la ripresa della marcia.

C – MINORI IN AFFIDO

Le garanzie saranno operanti per i minori, secondo quanto previsto dalle convenzioni vigenti, per tutto il tempo per il quale gli assicurati sono in affidamento con l'utilizzo del personale preposto a tale servizio, anche in qualità di passeggeri di veicoli durante i trasferimenti rientranti nei programmi delle convenzioni vigenti dell'Amministrazione medesima.

D – CONDUCENTI VETTURE

Le garanzie saranno operanti per gli infortuni subiti dai conducenti e dalle persone di cui sia autorizzato il trasporto durante il viaggio, per la forzata sosta e la ripresa della marcia e per tutti i mezzi di trasporto di proprietà o in uso all'Ente Contraente, per i rischi non compresi nell'assicurazione obbligatoria ex L. 990.

Si intendono compresi in garanzia anche la salita e la discesa dagli automezzi.

Poiché la presente assicurazione è stipulata dal Contraente anche nel proprio interesse e secondo quanto disposto dai relativi D.P.R., gli importi indicati in base alla presente polizza saranno detratti dalle somme eventualmente spettanti a titolo di equo indennizzo per lo stesso evento.

E - RAGAZZI SCUOLABUS

Le garanzie saranno operanti durante l'utilizzo dei veicoli regolarmente autorizzati al servizio di scuolabus effettuato tramite convenzione con il contraente. La garanzia vale durante i trasferimenti a bordo di tali automezzi, durante le salite e discese o trasbordi da un mezzo all'altro, compresi gli attraversamenti stradali per raggiungere o lasciare l'automezzo o raggiungerlo, nonché fino ai locali di accoglienza prima dell'inizio delle lezioni.

F- ALTRI SOGGETTI

La garanzia si intende prestata a favore di: un collaboratore non dipendente per i servizi amministrativi

Nominativamente indicato: MANFREDINI DIA c.f.: MNFDIA51A55GG882H –

L'efficacia della garanzia si intenderà operante fino alla scadenza dell'incarico che verrà comunicato dalla contraente.

CONDIZIONI di GARANZIA

25 - DELIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

Premesso che è compreso in garanzia, sempre che non esplicitamente escluso, ogni evento che rientri nella definizione di "infortunio", sono altresì considerati "infortuni":

- a) le conseguenze dei colpi di sole, di calore e di freddo;
- b) le conseguenze delle folgorazioni,
- c) le conseguenze dell'assideramento o congelamento;
- d) il contatto con acidi e corrosivi;
- e) le conseguenze di ingestione di sostanze dovute a causa fortuita, restando comunque escluse le conseguenze di intossicazioni dovute ad abuso di alcolici e di psicofarmaci o ad uso di sostanze stupefacenti e di allucinogeni;
- f) l'asfissia;
- g) l'annegamento;
- h) le lesioni corporali sofferte per legittima difesa, per dovere di solidarietà umana in occasione di aggressioni e di atti violenti subiti, anche se dovuti a movente politico, sociale, sindacale o terrorismo, nonché quelle sofferte in occasione di tumulti popolari ai quali l'Assicurato non abbia preso parte attiva;
- i) le conseguenze delle infezioni, nonché degli avvelenamenti causati da morsi di animali e punture di insetti;
- l) le infezioni e/o avvelenamenti causati da punture e/o contatto con piante;
- m) le lesioni sofferte in conseguenza di imprudenze e negligenze gravi, nonché in stato di malore od incoscienza;
- n) le conseguenze di operazioni chirurgiche o di trattamenti resi necessari da infortuni indennizzabili a termini della presente Polizza.

L'assicurazione vale altresì:

- o) durante il servizio militare di leva in tempo di pace o durante il servizio sostitutivo dello stesso con l'intesa che l'assicurazione resta sospesa limitatamente alla garanzia di invalidità temporanea e altresì a seguito di richiamo per ordinarie esercitazioni, in tempo di pace, limitatamente ai casi di morte ed invalidità permanente;
- p) per gli infortuni derivanti dalla pratica non professionale di qualsiasi sport, ad eccezione di paracadutismo e sport aerei in genere;
- q) per infortuni derivanti da immersioni con autorespiratore, compresa embolia, purché in possesso di regolare brevetto;
- r) per infortuni derivanti dalla partecipazione in squadre antincendio;
- s) per infortuni derivanti dalla partecipazione ad associazioni di volontariato e Protezione Civile;
- t) per gli infortuni subiti dall'assicurato in stato di ubriachezza, esclusi comunque quelli verificatisi durante la guida di veicoli a motore;
- u) per gli infortuni derivanti dall'uso e guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, a condizione che l'assicurato sia abilitato a norma delle disposizioni di legge, esclusi i mezzi subacquei ed aerei;
- v) per gli infortuni derivanti da stato di guerra per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dal verificarsi degli eventi bellici mentre si trova all'estero.

Da detta assicurazione è escluso il rischio volo.

Sono comunque esclusi dalla garanzia gli infortuni derivanti dalla predetta causa che colpiscano l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, Città del Vaticano e Repubblica di San Marino.

La presente estensione di garanzia non opera per coloro che prestano il servizio militare.

26 - ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti:

- a) dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove o allenamenti) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, salvo che si tratti di gare di regolarità pura.

Sono pure esclusi:

- b) gli infortuni causati da ubriachezza alla guida di veicoli, da abuso di psicofarmaci non a scopo terapeutico, dall'uso di sostanze stupefacenti o allucinogeni;
- c) gli infortuni che siano la conseguenza di proprie azioni delittuose;
- d) le conseguenze dirette od indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche.

27 - ERNIE E SFORZI

Sono considerati infortuni, limitatamente ai casi di Invalidità Permanente, le ernie da causa violenta nonché le lesioni muscolari da sforzo, con l'intesa che, qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo il parere medico, verrà corrisposta solamente un'indennità non superiore al 10% (dieci per cento) della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente Totale.

28- CALAMITA' NATURALI

La garanzia è estesa agli infortuni derivanti da movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, frane e valanghe, con l'intesa che l'esborso massimo della Società non potrà superare l'importo di Euro 15.000.000, per sinistro, qualunque sia il numero delle persone infortunate. Qualora le indennità liquidabili eccedessero nel loro complesso tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

29 - MORTE

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato, questa si verifichi entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto e qualora in polizza non siano indicati i nominativi dei Beneficiari, la Società liquida la somma assicurata per il caso di morte in parti uguali fra i Beneficiari individuati applicando i criteri della successione legittima.

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 corrisponde ai Beneficiari la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore, e non chiede il rimborso nel caso contrario.

30 - MORTE PRESUNTA

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato, e si presume sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà, seguendo il criterio di cui all'Articolo precedente, il capitale previsto per il caso di morte.

La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi 6 (sei) mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a' termini degli Articoli 60 e 62 del Codice Civile.

Qualora sia stato effettuato il pagamento dell'indennità ed in seguito l'Assicurato ritorni o si abbiano di lui notizie sicure, la Società ha diritto alla restituzione delle somme pagate e relative spese, e l'Assicurato stesso potrà fare valere i diritti spettantigli, nel caso avesse subito lesioni indennizzabili a norma della presente polizza.

31 - INVALIDITÀ PERMANENTE

La tabella delle percentuali di invalidità permanente è quella 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.

32 - RISCHIO "IN ITINERE" E REPERIBILITA'

La garanzia opera durante tutti i trasferimenti, con qualsiasi mezzo di locomozione ed anche a piedi, da e per l'abitazione, anche occasionale, dell'Assicurato od il suo normale luogo di lavoro a qualsiasi luogo ove si rechi a svolgere la propria mansione, per conto della Contraente o dell'Associazione, e viceversa.

Per tutte le Categorie la garanzia opera inoltre, nei termini di cui sopra, da e per qualsiasi luogo in cui le Persone si trovino in stato di "Reperibilità".

33- LIMITI DI ETÀ

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore a 80 anni.

Si intendono tuttavia assicurate, fino al limite di 85 anni compiuti, le persone che abbiano superato gli 80 anni, a condizione che per loro sia stato inoltrato alla Società, prima del compimento dell'80° anno, un regolare certificato di "buona salute".

34 - 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 paranoidi. Di conseguenza l'assicurazione cessa al manifestarsi di tali affezioni.

35 - LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione vale per tutto il Mondo.

36 DIARIA DA RICOVERO

La Società in caso di comprovato ricovero in Istituto di Cura a seguito di infortunio indennizzabile a termini della presente assicurazione, la Società corrisponderà l'indennità giornaliera stabilita per ogni giorno intero di degenza e per il periodo di convalescenza, se prevista per la categoria degli assicurati e nella misura concordata, con il massimo di 300 giorni l'anno

37) PORTATORI DI HANDICAP

La garanzia copre gli infortuni subiti dai dipendenti della Contraente, portatori di Handicap, che, attraverso contratti di assunzione a tempo determinato o indeterminato, borse di lavoro o con appositi atti deliberativi del Contraente, svolgono attività nell'ambito delle strutture ed organizzazione dell'Ente Contraente. La garanzia opera durante lo svolgimento di tali attività e si applicano le stesse norme del personale in genere dell'Ente.

38) DANNI ESTETICI

Si conviene che in caso di infortunio non escluso dalle Condizioni della presente polizza, che produca conseguenze di carattere estetico, ma che non comporti risarcimento a titolo di invalidità permanente, la Società rimborserà comunque le spese sostenute dall'Assicurato per le cure e gli interventi, anche chirurgici, effettuati allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico. La presente garanzia è prestata sino alla concorrenza di € 5.200,00.

39) RISCHIO VOLO

L'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi in aereo, per motivi connessi all'attività lavorativa, effettuati in qualità di passeggero, su velivoli od elicotteri da chiunque eserciti tranne che :

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

Il viaggio in aereo si intende iniziato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso.

40) RIMBORSO SPESE MEDICHE

qualora assicurate si intendono prestate come segue:

Nel caso che l'Assicurato, in conseguenza di infortunio, necessiti di prestazioni sanitarie, la Società si impegna a rimborsare all'avente diritto, e fino alla concorrenza del massimale previsto per un anno assicurativo, le spese sanitarie sostenute per:

- accertamenti diagnostici e medico - legali;
- visite mediche e specialistiche;
- onorari del chirurgo e di ogni altro componente l'equipe operatoria, diritti di sala operatoria, materiale di intervento;
- apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento chirurgico;
- rette di degenza;
- trasporto dell'Assicurato in ambulanza al Comune di cura o all'ambulatorio e viceversa;
- cure mediche e trattamenti fisioterapici rieducativi;
- acquisto di apparecchi protesici ortopedici sostitutivi di parti anatomiche e protesi oculari

Non sono soggette a rimborso le spese effettuate per applicazioni di carattere estetico, per cure odontoiatriche e per protesi dentarie.

La Società effettua il pagamento di quanto dovuto su presentazione, in originale, delle relative notule, distinte e ricevute, debitamente quietanzate. Il pagamento viene effettuato a cura ultimata. Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi verranno eseguiti in Italia, in valuta italiana al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi.

Dichiarazione contrattuale

Le clausole tutte della presente polizza sono il risultato della concorde volontà delle Parti e pertanto non vale il disposto degli Artt. 1341 e 1342 del Codice Civile.



IL CONTRAENTE / ASSICURATO



LA SOCIETA' ASSICURATRICE

RIEPILOGO

SOMME ASSICURATE PER CIASCUNA CATEGORIA di ASSICURATI

A	amministratori segretario /	Caso Morte	€ 250.000,00
		Caso Inv.tà Perm.te	€ 300.000,00
B	Dipendenti	Caso Morte : 3 v. retrib col max di	€ 200.000,00
		Caso Inv.tà Perm.te 4 v. retrib col max di	€ 250.000,00
C	Minori in affido	Caso Morte da infortunio	€ 60.000,00
		Caso Inv.tà Perm.te da Inf.nio	€ 60.000,00
D	Conducenti vetture identificate	Caso Morte da infortunio	€ 60.000,00
		Caso Inv.tà Perm.te da Inf.nio	€ 60.000,00
		Rimborso spese mediche da inf.	€ 3.000,00
E	Ragazzi Scuolabus	Caso Morte da infortunio	€ 60.000,00
		Caso Inv.tà Perm.te da Inf.nio	€ 60.000,00
F	Altri soggetti	Caso Morte da infortunio	€ 200.000,00
		Caso Inv.tà Perm.te da Inf.nio	€ 250.000,00

COSTITUZIONE DEL PREMIO

Il premio della presente assicurazione verrà parametrato come segue:

	categorie	parametro	preventivo	Tasso lordo %/ Premio lordo applicato
A	amministratori segretario /	Numero preventivato	n. 12	
B	Dipendenti	Retribuzioni	€ 1.280.000,00	
C	Minori in affido	Numero preventivato	n.° 10	
D	Conducenti vetture identificate	Vetture tg: AN719WW / BL663CM / CZ484CK / DT042CC	n. 4	
E	Ragazzi Scuolabus	Numero preventivato	n. 295	
F	Altri soggetti	Nominativi identificati	n. 1	
	Ammontare del premio annuo lordo preventivato			
	Premio imponibile (netto tassabile)			

Condizione Particolare

Agli effetti della regolazione del premio o conguaglio di cui all'art. 5 delle "norme che Regolano l'Assicurazione in generale, l'Assicurato / Contraente è tenuto ad inoltrare alla Società la documentazione attestante:

- il numero degli assicurati per la Categoria A, C, E
- le targhe dei veicoli dei dipendenti o degli autorizzati alla guida per la categoria D
- le retribuzioni annuale lorde per la categoria B
- i nominativi identificati per la categoria F

LA Società dichiara di rinunciare all'identificazione preventiva degli "assicurati" facendo fede le documentazioni conservate dal Contraente per le rispettive categorie e comprovanti l'effettivo beneficio dell'assicurazione.



IL CONTRAENTE / ASSICURATO



LA SOCIETA' ASSICURATRICE