



COMUNE DI ITRI
PROVINCIA DI LATINA

Medaglia di Bronzo al Valor Civile
Tel. 0771/7321 Fax 0771/721108
www.comune.itri.it

CAPITOLATO TECNICO

Comune di Itri

LOTTO 1.1. - Copertura Assicurativa Infortuni

Definizioni e precisazioni

Nel testo si intende per:

ASSICURATO	Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.
ASSICURAZIONE	Il contratto di assicurazione.
CONTRAENTE	Chi stipula l'assicurazione.
INDENNIZZO	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
PARTI	Il Contraente e la Società.
POLIZZA	I documenti che provano il contratto di assicurazione.
PREMIO	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
RISCHIO	La possibilità che si verifichi il sinistro.
SINISTRO	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.
SOCIETÀ	La Compagnia di Assicurazione

Inoltre alle seguenti espressioni le Parti attribuiscono convenzionalmente il significato qui di seguito riportato:

BENEFICIARI	Le persone (o la persona) designate in polizza a riscuotere l'indennizzo. In assenza di designazione specifica i beneficiari saranno gli eredi legittimi o testamentari.
DAY HOSPITAL	Struttura sanitaria aventi posti letto per degenza diurna, autorizzata ad erogare prestazioni chirurgiche o terapie mediche eseguite da medici specialisti, con redazione di cartella clinica.
INFORTUNIO	Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte dell'Assicurato, oppure una invalidità permanente o una inabilità temporanea.
INFORTUNIO PROFESSIONALE	Infortunio verificatosi durante lo svolgimento da parte dell'Assicurato delle attività professionali (principali e secondarie).
INVALIDITÀ PERMANENTE	Diminuzione o perdita definitiva ed irrimediabile della generica capacità dell'Assicurato a svolgere un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione esercitata.

ISTITUTO DI CURA

Istituto universitario, Ospedale, Casa di cura, Day Hospital regolarmente autorizzati all'erogazione dell'assistenza ospedaliera. Non sono convenzionalmente considerati istituti di cura gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, fisioterapiche e riabilitative, case di cura per convalescenza o lungo degenza o per soggiorni, le strutture per anziani.

MODULO DI POLIZZA

Documento che personalizza la polizza poiché riporta i dati anagrafici del Contraente e quelli necessari alla gestione del contratto, il premio, le dichiarazioni del Contraente, i dati identificativi del rischio assicurato, la sottoscrizione delle Parti.

RICOVERO

Permanenza in Istituto di cura con pernottamento.

Condizioni che regolano l'assicurazione in generale

1) DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE INFLUENTI SULLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente (o dell'Assicurato) relative a circostanze che influiscano sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione come previsto dagli artt. 1892, 1893, 1894 Cod.Civ.

2) ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI

La presente assicurazione è stipulata per conto altrui; pertanto gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per la loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 Cod. Civ.

3) ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente deve comunicare per iscritto alla Società, entro 30 gg. dalla sottoscrizione, la stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio.

La Società, entro 60 giorni dalla comunicazione, ha facoltà di recedere dall'assicurazione con preavviso di almeno 30 giorni. Se il Contraente dolosamente omette di comunicare l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni il diritto all'indennizzo decade.

In caso di sinistro il Contraente (o l'Assicurato) deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 Cod. Civ.

4) AGGRAVAMENTO DI RISCHIO, CON RIFERIMENTO ALL'ATTIVITÀ SVOLTA ED ALLE RELATIVE CONDIZIONI DI ESERCIZIO

Il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio, con particolare riferimento al cambiamento delle attività professionali dichiarate o delle relative condizioni di esercizio, ovvero con riferimento alla delimitazione del rischio assicurato.

La mancata comunicazione delle circostanze di aggravamento può comportare - come previsto dall'art. 1898 Cod. Civ. - la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo; tale perdita è determinata con riferimento alle voci della Tariffa adottata dalla Società al momento del sinistro.

5) DIMINUZIONE DEL RISCHIO

In caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio scadenti successivamente alla comunicazione, come previsto dall'art. 1897 del Cod. Civ., rinunciando al relativo diritto di recesso.

6) PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza, L'Ente Contraente pagherà il premio dovuto al broker incaricato:

- entro **60 (sessanta) giorni** dalla data di decorrenza della polizza e da ciascuna data di scadenza intermedia;

altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, fermi le successive scadenze e il diritto della Società all'incasso dei premi scaduti, ai sensi dell'art. 1901 C.C..

7) RECESSO, RECESSO DAL CONTRATTO DOPO OGNI DENUNCIA DI INFORTUNIO

Le parti possono disdire il contratto con lettera raccomandata da spedire almeno 3 (tre) mesi prima di ogni scadenza anniversaria annuale intermedia.

Dopo ogni denuncia di infortunio e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società ha facoltà di recedere dall'assicurazione nei confronti del singolo assicurato o della singola categoria di assicurati oppure dall'intero contratto con preavviso di almeno 30 giorni. In tal caso la Società rimborserà il premio relativo al periodo compreso fra il giorno della cessazione della garanzia e il termine del periodo di assicurazione in corso. La riscossione dei premi venuti a scadenza dopo la denuncia dell'infortunio o qualunque altro atto della Società non potranno essere interpretati come rinuncia a valersi della facoltà di recesso regolamentata nel presente articolo.

8) MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

9) PROROGA E RINNOVO

Permessa se e solo secondo normativa vigente.

10) ONERI FISCALI

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

11) PERSONE SOGGETTE ALL'ASSICURAZIONE OBBLIGATORIA

La presente polizza si intende espressamente stipulata in aumento all'assicurazione di legge contro gli infortuni sul lavoro, anche se l'obbligo a detta assicurazione sopravvenga in corso di contratto.

12) DURATA CONTRATTO

Il presente contratto ha durata biennale con effetto dalle ore 24,00 del fino alle ore 24,00 del

13) RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

Condizioni che regolano l'assicurazione infortuni

OGGETTO DELL' ASSICURAZIONE

La Società assicura contro gli infortuni professionali le persone indicate in polizza. La garanzia dovrà essere operante durante lo svolgimento di qualsiasi incarico per conto del Comune di ITRI inerente l'attività istituzionale in genere, compresi i rischi della circolazione stradale ed in itinere, anche su mezzi del Comune, per la partecipazione a riunioni, congressi, convegni, interni ed esterni e per sopralluoghi e comunque nello svolgimento di ogni incarico inerente al mandato ricoperto.

RISCHI ASSICURATI

A) Rischi a terra

L'assicurazione vale per gli infortuni subiti dall'Assicurato, anche se derivanti da

- 1) imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- 2) atti di terrorismo o tumulti popolari, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- 3) atti di temerarietà, soltanto se compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa.

Inoltre l'assicurazione comprende:

- 4) gli infortuni sofferti in stato di malore o incoscienza;
- 5) l'asfissia non dipendente da malattia;
- 6) l'avvelenamento acuto e le lesioni derivanti da ingestione o assorbimento di sostanze;
- 7) l'annegamento, l'assideramento, il congelamento, la folgorazione; i colpi di sole o di calore o di freddo;
- 8) le conseguenze (con esclusione delle malattie di cui certi insetti sono portatori necessari) obiettivamente constatabili di morsi o punture di animali.

B) Rischi di volo

(la garanzia di cui al presente articolo non è valida se la polizza ha durata inferiore ad un anno)

L'assicurazione comprende gli infortuni che l'Assicurato subisca durante l'uso, soltanto in qualità di passeggero, di aeromobili; sono comunque esclusi i voli su altri mezzi di locomozione aerea (deltaplani, ultra leggeri, parapendio e simili), nonché su aeromobili eserciti da Aero Club e da Società o Aziende di lavoro aereo per voli diversi dal Trasporto Pubblico Passeggeri.

L'assicurazione vale anche per gli atti di pirateria, sabotaggio, dirottamento, purché non conseguenti a guerra (anche non dichiarata) o insurrezioni, fatto salvo quanto previsto dal punto 2.1.D.

L'assicurazione vale per casi e somme uguali a quelli assicurati con la presente polizza e per i rischi da essa previsti.

In caso di incidente aereo che colpisca più Assicurati, la somma dei capitali garantiti per questa specifica garanzia, sia con questa polizza sia con altre polizze stipulate dallo stesso Contraente con la Società, non potrà superare, per tutti gli indennizzi, l'importo di Euro 1.000.000,00.

Qualora i capitali complessivamente garantiti eccedano gli importi sopra indicati, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno adeguate con imputazione proporzionale sui singoli contratti, salvo il diritto del Contraente al rimborso dei premi imponibili nella stessa proporzione.

Delimitazioni della operatività dell'assicurazione

ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti da:

- a) guida o uso, anche come passeggero, di mezzi subacquei e di aeromobili, salvo quanto previsto al punto **B**);
- b) guerra ed insurrezioni in genere, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, trombe e uragani;
- c) stato di ubriachezza; uso non terapeutico di stupefacenti e/o allucinogeni e/o psicofarmaci;
- d) operazioni chirurgiche, accertamenti, cure mediche non resi necessari da infortunio;
- e) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e accelerazioni di particelle atomiche;
- f) atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato.

Sono comunque esclusi l'infarto e le ernie non traumatiche.

- g) durante il servizio militare di leva o il servizio sostitutivo dello stesso;

Il Contraente ha tuttavia facoltà di chiedere la temporanea sospensione dell'assicurazione fino al termine del servizio medesimo, con l'impegno di riattivare e di prorogare il contratto di

un corrispondente periodo. La sospensione non può avere effetto antecedente le ore 24 del giorno della richiesta.

PERSONE NON ASSICURABILI - LIMITI DI ETÀ

Non sono mai assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, AIDS o sindromi correlate; o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco - depressive, psicosi in genere. L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi.

L'assicurazione vale per le persone di **età non superiore a 75 anni** (le persone che raggiungono tale età in corso di contratto sono assicurate fino alla successiva scadenza annuale del premio). L'eventuale incasso del premio dopo che si siano verificate le condizioni sopra previste non costituisce deroga; il premio medesimo verrà restituito dalla Società.

PERSONE ASSICURABILI CON PATTO SPECIALE

Le persone colpite da apoplezia o infarto, o affette da diabete, epilessia, emofilia, leucemia altre infermità permanenti giudicabili gravi con la diligenza del buon padre di famiglia, sono assicurabili soltanto con patto speciale, in mancanza del quale la garanzia non vale.

Qualora dette infermità sopravvengano durante la validità del contratto, il Contraente è tenuto a comunicare alla Società l'aggravamento di rischio (art. 1898 Cod. Civ.); la mancata comunicazione comporta l'applicazione di quanto stabilito all'art. 4 delle Condizioni che regolano l'assicurazione in generale.

LIMITI DI INDENNIZZO PER SINISTRO CUMULATIVO

In caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più Assicurati con la presente polizza, l'esborso a carico della Società non potrà superare complessivamente **€ 1.000.000,00** intendendosi proporzionalmente ridotto l'indennizzo per ciascun Assicurato qualora le somme liquidabili a termini di polizza eccedano detto importo.

CASI ASSICURABILI

A) Morte

Se l'Assicurato muore entro due anni dal giorno dell'infortunio e in conseguenza di questo, la Società liquida la somma assicurata ai beneficiari.

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello di invalidità permanente; tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari la differenza fra l'indennizzo pagato e la somma assicurata per il caso di morte, ove questa sia maggiore.

Qualora a seguito dell'infortunio la salma dell'Assicurato non venga ritrovata, la Società liquida ai beneficiari il capitale garantito non prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza di morte presunta, come previsto dagli artt. 60 e 62 Cod. Civ..

Se, dopo che la Società ha pagato l'indennizzo, risulta che l'Assicurato è vivo, la Società avrà diritto - entro 15 giorni dalla richiesta - alla restituzione da parte dei beneficiari della somma loro pagata.

L'Assicurato avrà così diritto all'indennizzo derivante ai sensi di polizza per altri casi eventualmente assicurati.

B) Invalidità permanente

L'indennizzo per il caso di invalidità permanente è dovuto se l'invalidità stessa si verifica entro due anni dal giorno dell'infortunio.

L'Assicuratore liquida a tale titolo un'indennità calcolata sulla somma assicurata per invalidità permanente totale secondo la tabella delle percentuali di invalidità permanente allegata al regolamento per l'esecuzione del D.P.R. 30/06/1965 n.° 1124 e successive modificazioni ed integrazioni e con rinuncia da parte degli Assicuratori all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge stessa in caso di infortunio (INAIL).

La copertura prevede una franchigia fissa del 3% su ogni sinistro valida per tutti gli Assicurati.

Valutazione del grado di invalidità

Il grado di invalidità è accertato facendo riferimento ai valori di cui alla tabella INAIL.

Per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado di invalidità tenendo conto dell'eventuale possibilità di applicazione di presidi correttivi.

Per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancino, le percentuali di invalidità previste per il lato destro varranno per il lato sinistro e viceversa.

Qualora l'infortunio determini menomazione a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con criteri aritmetici fino a raggiungere, al massimo, il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso.

La perdita totale o parziale, anatomica o funzionale di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, fino a raggiungere - al massimo - il valore del 100%.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella di cui sopra, l'indennizzo è stabilito in riferimento ai valori ed ai criteri sopra indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'assicurato.

Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile a beneficiari, eredi o aventi causa.

Tuttavia, se l'infortunato muore per cause indipendenti dalle lesioni subite, dopo che l'indennizzo per l'invalidità permanente sia stato liquidato o comunque offerto in misura determinata, la Società paga ai beneficiari l'importo liquidato od offerto.

Rimborso spese di cura

Per la cura delle lesioni causate da infortunio indennizzabile a termini di polizza la Società rimborsa fino alla concorrenza del massimale assicurato - le spese effettivamente sostenute:

- **in caso di ricovero o intervento chirurgico in day hospital**, durante la degenza in istituto di cura per onorari dei medici, cure mediche, esami, diritti di sala operatoria, materiale d'intervento - comprese le endoprotesi - trattamenti riabilitativi, rette di degenza. Qualora le spese di ricovero siano interamente a carico del Servizio Sanitario Nazionale, la Società - in sostituzione del rimborso - liquida una diaria di **€ 100,00** per ogni pernottamento e per un massimo di pernottamenti pari alla somma assicurata (vedere schema di riferimento per singola fascia di Assicurati).

- **relativamente alle prestazioni sanitarie extra - ricovero**, per accertamenti diagnostici, onorari dei medici, interventi chirurgici ambulatoriali e cure mediche, trattamenti riabilitativi, noleggio di apparecchiature terapeutiche e/o ortopediche; per cure e protesi dentarie rese necessarie da infortunio, purché questo sia provato dal referto di Pronto Soccorso (le spese per il materiale prezioso e le leghe speciali impiegati nelle protesi dentarie sono rimborsabili fino alla concorrenza di **€**(**come da quadro di riferimento**), mentre non sono rimborsabili le spese per la riparazione o sostituzione di protesi applicate prima dell'infortunio; per trasporto dell'Assicurato al luogo di cura o di soccorso o da un istituto di cura all'altro con mezzi adeguati alla gravità delle condizioni dell'infortunato,

Obblighi a carico del contraente in relazione alle vicende del rischio e della polizza

Oltre agli obblighi stabiliti negli artt. Sopra esposti - (Dichiarazioni relative alle circostanze influenti sulla valutazione del rischio), - (Altre assicurazioni), - (Aggravamento di rischio, con riferimento all'attività svolta ed alle relative condizioni di esercizio), - (Diminuzione di rischio), - (Pagamento del premio e decorrenza della garanzia), (Denuncia dell'infortunio - Obblighi in caso di sinistro) il Contraente è tenuto ai seguenti adempimenti:

FORMA DELLE COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni relative al contratto **devono essere fatte con lettera raccomandata, telegramma, telefax, telex.**

VARIAZIONI NELLE PERSONE ASSICURATE

L'assicurazione vale per le persone designate in polizza ed in quanto permanga rispetto ad esse il rapporto in base al quale fu fatta l'assicurazione.

REGOLAZIONE DEL PREMIO

ASSICURAZIONE PER CATEGORIE O GRUPPI

(con regolazione del premio al termine di ciascun periodo assicurativo).

GESTIONE RISCHI PRIMA ANNUALITA'

La Società si impegna ad assicurare i rischi che verranno inseriti in copertura nel corso del primo anno a seguito di sola comunicazione scritta dell'Assicurato e/o del Broker incaricato, verranno emesse appendici contrattuali con cadenza trimestrale a conguaglio del premio per tutti i rischi inseriti nel corso del singolo trimestre.

Le appendici contrattuali a conguaglio saranno emesse entro 30 giorni dalla scadenza del singolo trimestre e l'Assicurato avrà 30 giorni di tempo dalla ricezione dell'Appendice per poter pagare il premio dovuto, decorso il periodo dei 30 giorni, in assenza di pagamento di premio, i relativi rischi avranno sospensione di copertura fino ad avvenuto pagamento.

A partire dalla seconda annualità in poi, la Società emetterà un'unica appendice contrattuale a conguaglio premio dei nuovi rischi inseriti nel corso dell'annualità alla scadenza dell'anno assicurativo, fermo iter di copertura e di pagamento sopra citato come meglio sotto indicato.

A) Determinazione del premio

Se il premio è convenuto in base ad elementi di rischio variabili, esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per la loro identificazione si farà riferimento ai libri amministrativi del Contraente tenuti obbligatoriamente per legge.

L'assicurazione è prestata in base alle dichiarazioni del Contraente circa la consistenza numerica degli assicurati per ogni categoria (o gruppo), quale risulta inizialmente indicata in polizza. Eventuali variazioni in corso di contratto avranno automatica validità agli effetti della garanzia con la sola comunicazione scritta da parte del Contraente: delle variazioni si terrà conto in sede di regolazione del premio.

Salvo quanto indicato per la prima annualità, la Società emetterà entro 30 giorni dopo la fine di ogni periodo annuo assicurativo un'apposita appendice di regolazione conteggiata su tutte le richieste di inclusione in garanzia di nuove figure avvenute nel corso dell'annualità.

Per le inclusioni di nuove figure assicurate nel corso dell'annualità, si precisa che, qualora vi fossero richieste per periodi temporali inferiori ai 12 mesi si procederà a conteggiare il premio pro capite sulla base dei 12esimi pro quota del periodo da assicurare richiesto (decorrenza obbligatoria dal 1° giorno del mese richiesto con termine all'ultimo giorno del mese di pertinenza).

Entro 30 giorni dalla fine di ogni periodo assicurativo, il Contraente deve fornire per iscritto alla Società i dati necessari per il rinnovo di polizza (in assenza dei quali si procederà a rinnovo con le stesse figure assicurate nella copertura in essere).

Le differenze risultanti dalle regolazioni devono essere pagate nei 30 giorni successivi alla emissione della relativa appendice.

Accertamenti e controlli

La Società ha il diritto di effettuare in qualunque momento verifiche e controlli, per i quali il Contraente si impegna a fornire i chiarimenti, i libri di amministrazione e la documentazione necessaria, a semplice richiesta delle persone incaricate dalla Società di eseguire gli accertamenti.

Clausola Broker

Alla Società Assigeco s.r.l., sede legale in Milano, Via C. Crivelli, 26 è affidata la gestione e l'esecuzione della presente assicurazione in qualità di Broker del Contraente ai sensi della Legge 28.11.1984 n 792. Il Contraente e la Società si danno reciprocamente atto che ogni comunicazione inerente l'esecuzione della presente assicurazione avverrà per il tramite del Broker. Il compenso del Broker è a carico della Società assicuratrice con una percentuale del 10% (dieci per cento) su premi imponibili di polizza.

Condizioni che regolano la denuncia e la liquidazione dei sinistri

DENUNCIA DELL'INFORTUNIO - OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

Entro cinque giorni dalla data del sinistro deve esserne dato avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza, oppure alla Sede della Società, secondo quanto stabilito dagli artt. 1913, 1915 e 1910 del Cod. Civ..

La denuncia deve contenere: descrizione dell'infornuto, luogo, giorno, ora, cause che lo determinarono. Essa deve essere corredata dal certificato medico contenente la prognosi circa la ripresa - anche parziale - dell'attività lavorativa da parte dell'Assicurato.

Successivamente l'Assicurato deve inviare certificati medici sul decorso delle lesioni.

L'accertamento di eventuali postumi di **invalidità permanente** deve essere effettuato in Italia.

Per il rimborso delle spese di cura devono essere presentati i documenti di spesa in originale (fatture, notule, ricevute) debitamente quietanzati, nonché la documentazione medica relativa. La liquidazione viene effettuata a cura ultimata. Qualora intervenga il Servizio Sanitario Nazionale o altra assicurazione privata, detti originali possono essere sostituiti da copie con l'attestazione del contributo erogato dall'Ente pubblico o delle spese rimborsate dall'Assicuratore privato.

L'Assicurato, i suoi familiari e gli aventi diritto devono consentire alla visita dei medici della Società ed a qualsiasi indagine od accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato stesso.

CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infornuto. Se al momento dell'infornuto l'Assicurato è affetto da menomazioni preesistenti, di qualsiasi origine e tipologia, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infornuto avesse colpito una persona fisicamente integra e sana. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già menomati, nella valutazione del grado di invalidità permanente le percentuali previste nella relativa tabella sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

CONTROVERSIE SULLA NATURA E CONSEGUENZE DELLE LESIONI

In caso di divergenze sul nesso causale tra evento e lesione, sulla natura o conseguenze delle lesioni, sul grado di invalidità permanente o sulla durata e pertinenza dell'inabilità temporanea e delle spese di cura, **si procederà, mediante arbitrato di un Collegio Medico**. I due primi componenti di tale Collegio saranno designati dalle Parti e il terzo d'accordo dai primi due o, in caso di disaccordo, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il Collegio Medico.

Il Collegio Medico risiede nel comune, che sia sede di istituto universitario di medicina legale e delle assicurazioni, più vicino alla residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono sempre vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

LIQUIDAZIONE E PAGAMENTO

Ricevuta la necessaria documentazione, la Società, determinato l'indennizzo che risulti dovuto, provvede entro 30 gg al pagamento.

L'indennizzo verrà corrisposto in Italia.

Il rimborso di spese di cura effettuate all'estero avviene alle seguenti condizioni:

- per le spese in valute dell'area Euro verrà applicata la parità ufficiale;
- per le spese di altre valute verrà applicato il cambio contro Euro, come da rilevazioni della Banca Centrale Europea desunto dalle pubblicazioni sui principali quotidiani economici a tiratura nazionale o, in sua mancanza, quello contro dollaro USA.

Il rimborso verrà effettuato al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta.

ANTICIPO SULL'INDENNIZZO

L'Assicurato, qualora non siano sorte contestazioni sull'operatività della garanzia, può richiedere un anticipo sul pagamento dell'indennizzo nei seguenti casi:

Invalidità Permanente: Trascorsi 90 giorni dalla guarigione clinica e se la presunta percentuale di invalidità stimata dalla Società in base alla documentazione acquisita sia superiore al 25%, viene corrisposto all'Assicurato un anticipo pari al 50% di quello che spetterebbe in base al presumibile indennizzo definitivo.

RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA

La Società rinuncia al diritto di rivalsa di cui all'art. 1916 Cod. Civ. verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Condizioni aggiuntive

(valide soltanto se rese espressamente operanti con indicazione nel modulo di polizza)

LIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE AGLI INFORTUNI PROFESSIONALI

L'assicurazione vale per gli infortuni che dovessero verificarsi durante lo svolgimento per conto del Contraente delle attività professionali descritte in polizza.

RISCHIO IN "ITINERE"

Ad integrazione della precedente Condizione Aggiuntiva la garanzia si estende agli infortuni che avvengano durante il tempo strettamente necessario a compiere il tragitto abituale dall'abitazione dell'Assicurato al luogo di lavoro e viceversa anche su mezzo privato e/o pubblico.

LIQUIDAZIONE PRIVILEGIATA PER INVALIDITA' PERMANENTE DI GRADO ELEVATO

Nel caso l'invalidità permanente sia maggiore del 65% della totale, la Società liquida un indennizzo in misura pari al 100% del capitale assicurato per invalidità permanente totale.

ESONERO DALLA DENUNCIA DI ALTRE ASSICURAZIONI SOTTOSCRITTE DAGLI ASSICURATI

Il Contraente è esonerato dal denunciare altre eventuali assicurazioni che i singoli Assicurati abbiano stipulato o stipulino in proprio con altre o con la sottoscritta Compagnia.

ESONERO DALLA DENUNCIA DI INFERMITÀ

(Valido unicamente in caso di rapporto di dipendenza fra contraente e assicurato).

Il Contraente è esonerato dal denunciare malattie, mutilazioni, difetti fisici da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire. Gli Assicurati sono pertanto inclusi in garanzia indipendentemente dalle loro condizioni fisiche e di salute.

DENUNCIA DELLE GENERALITÀ

Il contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità degli assicurati.

Per l'identificazione di tali persone si farà riferimento alle risultanze dei registri o altri documenti equipollenti sui quali il contraente si impegna a registrare in modo analitico:

- Data e luogo della trasferta;
- Generalità del conducente autorizzato alla trasferta
- Numero chilometri percorsi.

Allegato 1

Quadro di riferimento

Somme relative alle indennità assicurate per persona, per seguenti tipologia di attività:

- A) Sindaco, Assessori, Consiglieri Comunali.**
- B) Dipendenti\Conducenti automezzi**

Elementi per il calcolo del premio – dati base di riferimento per offerta

L'offerta per il calcolo del premio sarà prestata per le seguenti figure assicurate:

- A) assicurati N.° 17**
- B) assicurati N.° 15**

e secondo le seguenti somme assicurate:

Somme pro capite per tipologia di attività A) sotto indicate

Caso Morte	€ 300.000
Caso Invalidità Permanente	€ 300.000
Rimborso spese di cura	€ 3.000

Somme pro capite per tipologia di attività B) sotto indicate

Caso Morte	€ 300.000
Caso Invalidità Permanente	€ 300.000
Rimborso spese di cura	€ 2.000

Lotto 1 : Infortuni – SCHEDA DI OFFERTA

Tipologia di attività (ruolo)	Numero	Premio annuo lordo pro-capite (in cifre)	Premio lordo annuo pro-capite in lettere
Fascia A	17	€	€
Fascia B	15	€	€

Scomposizione del premio – Totale complessivo di offerta per tutte le fasce, inferiore a quello posto a base di gara e risultante dalla somma dei premi lordi annui pro-capite per il numero delle persone.

	Premio globale annuo in cifre	Premio globale annuo in lettere	Percentuale di riduzione sul premio annuo lordo
Premio globale annuo imponibile	€	€	
Imposte	€	€	
TOTALE	€	€	

N.B.: L'offerta non può superare l'importo del premio lordo annuo pari ad € 5.000,00, imposte incluse.