Comune di Borgomanero

Corso Cavour 16
28021 - Borgomanero (NO)

P.I. 00426580031 C.F. 82001370038

Capitolato speciale di Polizza "Infortuni Cumulativa"

Decorrenza ore 24.00 del 31/12/2026

Scadenza ore 24.00 del 31/12/2031

Frazionamento: Annuale

C.I.G.: _____

DEFINIZIONI

Ai seguenti termini, le parti attribuiscono il significato qui precisato:

Amministrazione
L'Ente contraente.

Assicurato
Il soggetto il cui interesse è coperto dall'assicurazione.

Assicurazione
Il contratto di assicurazione.

Beneficiari
La persona o le persone cui è destinata, per volontà espressamente dichiarata nella polizza dall'Assicurato, o, in mancanza di designazione, per eredità legittima o testamentaria, la somma garantita per il caso di morte dell'Assicurato.

Broker
Il mandatario incaricato dal Contraente della gestione ed esecuzione del contratto.

Contraente
Il soggetto che stipula l'assicurazione.

Danno liquidabile
Danno determinato in base alle condizioni tutte di polizza, senza tenere conto di eventuali detrazioni (scoperti e franchigie) e limiti di indennizzo.

Franchigia
La parte di danno che è esclusa dall'indennizzo, espressa in percentuali di invalidità permanente o in giorni per le indennità e le inabilità temporanee o in importo per il rimborso spese.

Inabilità Temporanea
La perdita temporanea, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato di attendere alle sue attività professionali.

Indennizzo/Risarcimento
La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Infortunio
L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, una invalidità permanente o una inabilità temporanea.

Ingessatura
Mezzo di contenzione costituito da fasce gessate o altri apparecchi comunque immobilizzanti ed applicati in istituti di cura o ambulatori medici.

Invalidità Permanente
La perdita o la riduzione definitiva ed irrecuperabile della capacità generica dell'Assicurato di attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.

Istituto di cura
L'ospedale pubblico, la clinica, la casa di cura sia accreditati presso il Servizio Sanitario Nazionale che privati, legalmente riconosciuti e regolarmente autorizzati al ricovero dei malati, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno.

Massimale/Somma assicurata
L'importo convenuto nel presente capitolato che, salvo eventuali sottolimiti, per sinistro/anno, rappresenta la massima esposizione della Società.

Parti
Il Contraente/Assicurato e la Società.

Periodo assicurativo
L'intera annualità assicurativa o il minor periodo di durata dell'assicurazione.

Polizza/Capitolato
Il documento che prova l'assicurazione.

Premio
La somma dovuta dal Contraente alla Società.

Ricovero
La degenza in Istituto di cura che comporti il pernottamento o la degenza diurna (Day Hospital) di almeno 6 ore continuative.

Rischio
La probabilità che si verifichi il sinistro.

Scheda di copertura
La scheda allegata al presente capitolato dove vengono richiamati gli elementi identificativi del contratto.

Scoperto
Parte dell'ammontare del danno che rimane obbligatoriamente a carico dell'Assicurato, espressa in percentuale sul danno liquidabile.

Sinistro
Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.

Società
L'Impresa di Assicurazione nonché le Coassicuratrici.

Veicolo
Autovettura, autocarro, autoveicolo ad uso speciale, non adibito ad uso pubblico, né a noleggio, né a scuola guida, né ad autotassametro, trattore, macchine operatrici e semoventi, motocarro, motociclo, ciclomotore, bicicletta, bicicletta elettrica, natante.

CLAUSOLA DI ESCLUSIONE DELLE SANZIONI ECONOMICHE

Gli Assicuratori non saranno tenuti a fornire alcuna copertura assicurativa, soddisfare alcuna richiesta di risarcimento, garantire alcun pagamento o indennizzo sulla base del presente contratto qualora tale copertura, pagamento o indennizzo possa esporre gli Assicuratori a qualunque divieto, sanzione economica o restrizione derivante da Risoluzioni delle Nazioni Unite o da Sanzioni economiche o commerciali, leggi o regolamenti dell'Unione Europea, del Giappone, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America.

REGIME DEL SUBAPPALTO E PRESTAZIONI ACCESSORIE

1. Prestazione principale e divieto di subappalto

Considerata la natura meramente specialistica del presente affidamento, avente a oggetto l'assunzione del rischio e la copertura assicurativa dell'Ente, l'esecuzione della prestazione principale (copertura del rischio dietro pagamento del premio) è riservata per legge esclusivamente a Imprese di Assicurazione autorizzate all'esercizio dell'attività ai sensi del D.Lgs. 209/2005 (Codice delle Assicurazioni Private). Per tale prestazione principale è fatto assoluto divieto di subappalto, pena l'esclusione dalla procedura o la risoluzione di diritto del contratto. Non costituisce subappalto l'eventuale ricorso a rapporti di coassicurazione o riassicurazione.

2. Ammissibilità del subappalto per prestazioni accessorie

In deroga al divieto di cui al punto precedente, e in conformità all'art. 119 del D.Lgs. 36/2023, è ammesso il subappalto esclusivamente per le prestazioni accessorie, strumentali e complementari alla gestione dei contratti assicurativi. Tali prestazioni sono individuate tassativamente in:

- Servizi di gestione, istruzione, liquidazione e pagamento dei sinistri (Third Party Administrator - TPA);
- Servizi di stima, accertamento e perizia dei danni;
- Servizi di supporto informatico, fornitura di piattaforme gestionali dedicate e assistenza clienti (Customer Care).

3. Adempimenti a carico del concorrente

L'operatore economico che intenda avvalersi del subappalto per le attività accessorie sopra elencate deve, a pena di esclusione, indicarne specificamente la quota e la tipologia di prestazioni all'interno del Documento di Gara Unico Europeo (DGUE) o in apposita dichiarazione allegata alla documentazione amministrativa. L'omessa indicazione delle prestazioni da subappaltare comporta l'impossibilità di ricorrere al subappalto in corso di esecuzione del contratto.

4. Condizioni per l'autorizzazione

L'affidamento in subappalto delle attività accessorie è subordinato al rilascio di preventiva autorizzazione scritta da parte della Stazione Appaltante, alle condizioni previste dall'art. 119, comma 4, del D.Lgs. 36/2023. In particolare, il subappaltatore dovrà essere in possesso dei requisiti di ordine generale (assenza di cause di esclusione ex artt. 94-98 del D.Lgs. 36/2023) e dei requisiti di idoneità professionale specifici per l'attività da svolgere (es. iscrizione ai relativi albi professionali dei periti, ove applicabile).

1 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

1.1 - Prova del contratto
Il contratto di assicurazione e le sue eventuali modifiche devono essere provate per iscritto. Sul contratto, o su qualsiasi altro documento che concede la copertura, deve essere indicato l'indirizzo della sede sociale e, se del caso, della succursale della Società che concede la copertura assicurativa.

1.2 - Dichiarazioni Relative Alle Circostanze Del Rischio – Modifiche Del Rischio Buona Fede – Diminuzione Ed Aggravamento Del Rischio – Revisione Del Prezzo
Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato all'atto della stipulazione del contratto e relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, così come la mancata comunicazione di successive circostanze o di mutamenti che aggravino il rischio, non comporteranno decadenza dal diritto all'indennizzo, né riduzione dello stesso, né cessazione dell'assicurazione ai sensi degli Artt. 1892, 1893, 1894 e 1898 c.c., sempre che il Contraente e/o l'Assicurato non abbiano agito con dolo.
Il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento di rischio a lui noto.
Rimane fermo il diritto della Società di percepire la differenza di premio corrispondente al maggior rischio non valutato per effetto di circostanze non note, a decorrere dal momento in cui la circostanza si è verificata e sino all'ultima scadenza di premio. A tal proposito, la Società, decorsi almeno 6 mesi dall'inizio dell'assicurazione, potrà segnalare al Contraente il verificarsi delle ipotesi di modifiche del rischio previste e richiedere motivatamente, ai sensi dell'art. 60 del D. Lgs.36/2023, la revisione del premio o delle condizioni contrattuali. Il Contraente entro 1 mese, a seguito della relativa istruttoria e tenuto conto delle richieste formulate, decide in ordine alle stesse, formulando la propria controproposta di revisione. In caso di accordo fra le parti, si provvede alla modifica del contratto a decorrere dalla nuova annualità. In caso di disaccordo, nel caso in cui la Società non abbia rinunciato alla facoltà di recesso prevista dall'art. 1.5 (opzione migliorativa), la stessa potrà recedere dal contratto a decorrere dalla prima scadenza anniversaria del contratto. Si precisa peraltro che non costituiscono aggravamento di Rischio e, pertanto, a tal fine, il Contraente e/o l'Assicurato è esonerato dal darne avviso alla Società, l'Assicurazione di nuovi complessi o Beni Immobili e relativi contenuti, le costruzioni, demolizioni, modificazioni, trasformazioni anche negli eventuali processi di lavorazione, ampliamenti, aggiunte e manutenzioni ai Beni Immobili e Beni Mobili, purché non venga modificata la natura del Rischio.
A parziale deroga all'art. 1897 c.c., nei casi di diminuzione del rischio la riduzione di premio sarà immediata e la Società rimborserà la corrispondente quota di premio pagata e non goduta (al netto delle imposte) entro 60 giorni dalla comunicazione, rinunciando allo scioglimento del contratto e alla facoltà di recesso ad essa spettante a termini del sopra richiamato art. 1897 c.c..

1.3 - Decorrenza della garanzia e pagamento del premio (opzione base)
A parziale deroga dell'art. 1901 c.c., le parti, anche ai sensi e per gli effetti del D.lgs. 192/2012 convengono espressamente che:
a) il Contraente è tenuto al pagamento della prima rata di premio entro 90 giorni dalla data di effetto del contratto. In mancanza di pagamento, la garanzia rimane sospesa dalla fine di tale periodo e riprende vigore alle ore 24.00 del giorno in cui viene pagato il premio di perfezionamento;
b) se il Contraente non paga il premio per le rate successive la garanzia resta sospesa dalle ore 24.00 del 90° giorno dopo quello della rispettiva scadenza e riprende vigore alle ore 24.00 del giorno in cui viene pagato quanto dovuto, ferme restando le scadenze contrattualmente stabilite;
c) i termini di cui al comma precedente si applicano anche in occasione del perfezionamento di documenti emessi dalla Società, a modifica e variazione del rischio, che comportino il versamento di premi aggiuntivi;
d) i termini di mora di cui sopra valgono anche qualora il Contraente si avvalga della facoltà di rinnovo del contratto o proroga.

Conseguentemente la Società rinuncia espressamente alle azioni di cui al citato D.lgs. 192/2012 per i suindicati periodi di comporto.

1.3 - Decorrenza della garanzia e pagamento del premio (opzione migliorativa)
A parziale deroga dell'art. 1901 c.c., le parti, anche ai sensi e per gli effetti del D.lgs. 192/2012 convengono espressamente che:
a) il Contraente è tenuto al pagamento della prima rata di premio entro 90 giorni dalla data di effetto del contratto. In mancanza di pagamento, la garanzia rimane sospesa dalla fine di tale periodo e riprende vigore alle ore 24.00 del giorno in cui viene pagato il premio di perfezionamento;
b) se il Contraente non paga il premio per le rate successive la garanzia resta sospesa dalle ore 24.00 del 90° giorno dopo quello della rispettiva scadenza e riprende vigore alle ore 24.00 del giorno in cui viene pagato quanto dovuto, ferme restando le scadenze contrattualmente stabilite;
c) i termini di cui al comma precedente si applicano anche in occasione del perfezionamento di documenti emessi dalla Società, a modifica e variazione del rischio, che comportino il versamento di premi aggiuntivi;

d) i termini di mora di cui sopra valgono anche qualora il Contraente si avvalga della facoltà di rinnovo del contratto o proroga;
e) resta convenuto che è considerata, a tutti gli effetti, come data di avvenuto pagamento, a prescindere da quando materialmente sarà accreditato il premio, quella dell'atto che conferisce tale ordine al Servizio di Tesoreria del Contraente, o altra unità operativa economico-finanziaria del Contraente, a condizione che gli estremi dell'atto vengano comunicati per iscritto alla Società entro il termine di mora sopra indicato.

Conseguentemente la Società rinuncia espressamente alle azioni di cui al citato D.lgs. 192/2012 per i suindicati periodi di comporto.

1.4 - Durata del contratto (opzione base)

Il contratto di assicurazione ha la durata indicata nella Scheda di Copertura e cesserà irrevocabilmente alla scadenza del detto periodo senza obbligo di disdetta e con esclusione del tacito rinnovo. Nel caso di contratto di durata poliennale, si conviene che le Parti hanno la facoltà di rescindere il contratto medesimo ad ogni scadenza annua intermedia, mediante comunicazione scritta, da inviarsi all'altra parte almeno 90 giorni prima della scadenza del periodo assicurativo annuo in corso.
Il Contraente ha la facoltà altresì di richiedere il rinnovo del contratto, per un'ulteriore annualità, con preavviso di almeno 30 giorni dalla scadenza salvo in caso di recesso per sinistro.
Su espressa richiesta scritta del Contraente, al fine di consentire l'espletamento della procedura per l'aggiudicazione di un nuovo contratto, la Società si impegna inoltre a prorogare l'assicurazione, alle condizioni economiche e normative in corso, per un periodo massimo di 180 giorni oltre la scadenza contrattuale e dietro corresponsione del corrispondente rateo di premio.
In caso di recesso da parte della Società, previa richiesta del Contraente, la stessa è obbligata a concedere una proroga per un periodo massimo di 90 giorni.

1.4 - Durata del contratto (opzione migliorativa)

Il contratto di assicurazione ha la durata indicata nella Scheda di Copertura e cesserà irrevocabilmente alla scadenza del detto periodo senza obbligo di disdetta e con esclusione del tacito rinnovo. Nel caso di contratto di durata poliennale, si conviene che il Contraente ha la facoltà di rescindere il contratto medesimo ad ogni scadenza annua intermedia, mediante comunicazione scritta, da inviarsi alla Società almeno 90 giorni prima della scadenza del periodo assicurativo annuo in corso.
Il Contraente ha la facoltà altresì di richiedere il rinnovo del contratto, per un'ulteriore annualità, con preavviso di almeno 30 giorni dalla scadenza salvo in caso di recesso per sinistro.
Su espressa richiesta scritta del Contraente, al fine di consentire l'espletamento della procedura per l'aggiudicazione di un nuovo contratto, la Società si impegna inoltre a prorogare l'assicurazione, alle condizioni economiche e normative in corso, per un periodo massimo di 180 giorni oltre la scadenza contrattuale e dietro corresponsione del corrispondente rateo di premio.

1.5 - Recesso in caso di sinistro (opzione base)

Dopo ogni sinistro che abbia comportato il pagamento di un risarcimento e fino al 60° giorno dalla definizione dello stesso, la Società ed il Contraente hanno la facoltà di recesso; la stessa ha effetto alla scadenza del periodo annuo di assicurazione in corso a condizione che venga comunicato almeno 90 giorni prima di detta scadenza.
Non è ammesso il recesso della Società dalla garanzia di singoli rischi o parti dell'assicurazione, salvo esplicita accettazione da parte dell'Assicurato e conseguente riduzione del premio.

1.5 - Recesso in caso di sinistro (opzione migliorativa)

Dopo ogni sinistro che abbia comportato il pagamento di un risarcimento e fino al 60° giorno dalla definizione dello stesso, il Contraente ha la facoltà di recesso; la stessa ha effetto alla scadenza del periodo annuo di assicurazione in corso a condizione che venga comunicato alla Società almeno 90 giorni prima di detta scadenza.

1.6 - Coassicurazione e delega

In caso di coassicurazione, ai sensi dell'art. 1911 c.c., ciascuna Società Coassicuratrice risponderà della quota di rischio assunta.
Tutte le comunicazioni relative al presente contratto si intendono fatte o ricevute dalla Società Delegataria, all'uopo designata dalle Società Coassicuratrici, in nome e per conto di tutte le Società Coassicuratrici; la firma apposta dalla Società Delegataria rende l'atto valido ad ogni effetto, anche per la parte delle medesime.

1.7 - Assicurazioni presso diversi assicuratori

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare alla Società eventuali altre polizze da lui stipulate per i medesimi rischi.
Se per il medesimo rischio coesistono più assicurazioni, in caso di sinistro, l'Assicurato o il Contraente deve darne avviso a tutti gli Assicuratori ed è tenuto a richiedere a ciascuno di essi l'indennizzo dovuto secondo il rispettivo contratto autonomamente considerato ai sensi dell'art. 1910 c.c..
In caso di sinistro non coperto o in mancanza di operatività per qualsiasi motivo delle coesistenti coperture, la presente polizza opererà come sola in essere, senza alcun pregiudizio per il Contraente.

1.8 - Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente è tenuto, devono essere fatte con lettera raccomandata, fax, e-mail e/o PEC indirizzati al Broker.
Analoga procedura adotta la Società nei confronti del Contraente.

1.9 - Rinvio alle norme di legge
Per tutto quanto non previsto dalle presenti condizioni contrattuali, valgono le norme di legge.

1.10 - Foro competente
Per le controversie riguardanti l'applicazione del presente contratto, è competente l'autorità giudiziaria del luogo ove ha sede il Contraente.
Ove venga attivato un procedimento stragiudiziale di mediazione (ai sensi del D.lgs. 28/2010 e successive integrazioni e modificazioni), sia esso obbligatorio o facoltativo e salvo diversa previsione di legge, tale procedimento dovrà svolgersi dove ha sede legale il Contraente e/o l'Assicurato.

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

1.12 - Clausola broker
Ad ogni effetto di legge, le Parti contraenti riconoscono ad ANTEA S.r.l. con sede a Saronno in via Varese, 78 il ruolo di cui al D.lgs. 209/2005, relativamente alla conclusione ed alla gestione della presente assicurazione e per tutto il tempo della durata, incluse proroghe, rinnovi, riforme o sostituzioni.
In conseguenza di quanto sopra si conviene espressamente:
a) che il Broker, nell'ambito della normativa richiamata, sia responsabile della rispondenza formale e giuridica dei documenti contrattuali nonché della legittimità della sottoscrizione degli stessi da parte della Società;
b) di riconoscere che tutte le comunicazioni che, per legge o per contratto, il Contraente/Assicurato è tenuto a fare alla Società, si intendono valide ed efficaci anche se notificate al Broker;
c) che il pagamento dei premi dovuti alla Società, per qualsiasi motivo relativo alla presente assicurazione, venga effettuato dal Contraente al Broker. Il pagamento così effettuato ha effetto liberatorio per il Contraente ai sensi dell'art. 1901 c.c.. La Società delegataria o ogni eventuale Società Coassicuratrice, delegano quindi esplicitamente il Broker all'incasso del premio, in ottemperanza al comma 2 dell'art. 118 D.lgs. 209/2005 e con gli effetti per il Contraente previsti al primo comma del medesimo articolo;
d) che le somme incassate dal Broker vengano da questi rimesse agli assicuratori secondo gli accordi vigenti o, in mancanza, entro il giorno dieci del mese successivo a quello di incasso. All'uopo il Broker trasmetterà alla/e Società distinta contabile riepilogativa della disposizione effettuata. Il presente comma è efficace qualora Broker e Società non abbiano convenuto diversa regolamentazione dei rapporti;
e) che le variazioni alla presente assicurazione richieste dal Contraente al Broker, in forma scritta, siano immediatamente efficaci quando accettate dalla Società. Qualora le stesse comportino il versamento di un premio aggiuntivo, i termini di effetto sono subordinati alla disciplina dell'art. "1.3 - Decorrenza della garanzia e pagamento del premio";
f) che l'opera del Broker, unico intermediario nei rapporti con le Compagnie di Assicurazione, verrà remunerata dalle Società nella misura del 3,00% del premio imponibile. La remunerazione del Broker non dovrà in ogni caso rappresentare un costo aggiuntivo per il Contraente, e andrà dalla Società assorbita nella componente di costo altrimenti identificata nel premio, per gli oneri di distribuzione e produzione;
g) che il Broker ha ottemperato agli obblighi assicurativi di Legge di cui all'art. 112, comma 3, del D.lgs. 209/2005 e si impegna a produrre copia della vigente polizza a semplice richiesta scritta della/e Società in qualunque momento del rapporto;
h) il presente articolo sarà privo di efficacia dal momento in cui dovesse venire a mancare l'obbligatoria iscrizione del Broker al RUI, istituito presso l'IVASS con provvedimento n° 5 del 16 ottobre 2006.

1.13 - Obbligo di fornire i dati dell'andamento del rischio
La Società, a semplice richiesta del Contraente ed entro 20 (venti) giorni dal ricevimento della stessa, si impegna a fornire al Contraente il dettaglio dei sinistri così suddiviso:
a) sinistri denunciati, con indicazione del nominativo della controparte;
b) sinistri riservati (con indicazione dell'importo a riserva);
c) sinistri liquidati (con indicazione dell'importo liquidato);
d) sinistri respinti (con indicazione della motivazione);
e) sinistri senza seguito;
f) sinistri relativamente ai quali la Società ha effettuato rivalsa nei confronti di terzi responsabili con indicazione dell'importo.

La documentazione di cui sopra dovrà essere fornita al Contraente mediante supporto informatico compatibile ed utilizzabile dal Contraente stesso.
Gli obblighi precedentemente descritti devono intendersi validi fino alla completa definizione dei sinistri denunciati.

1.14 - Efficacia temporale della garanzia
Le garanzie prestate avranno efficacia per i fatti accaduti durante la vigenza del presente contratto.

1.15 - Tracciabilità dei flussi finanziari
In conformità a quanto previsto dall'art. 3, commi 8 e 9, della L. 136/2010 ("Piano straordinario contro le mafie, nonché delega al Governo in materia di normativa antimafia"), il Contraente, la Società e il Broker assumono tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari previsti dalla medesima L. 136/2010 con particolare riferimento alle disposizione contenute all'art. 3, commi 8 e 9.
Il presente contratto si intenderà risolto di diritto ex art. 1456 c.c. e ss. in tutti i casi in cui le transazioni siano eseguite senza avvalersi dell'ausilio di Istituti Bancari o della società Poste Italiane S.p.A. e comunque si accerti il mancato rispetto degli adempimenti di cui al paragrafo precedente. Il Contraente, la Società e il Broker, e comunque ogni soggetto connesso al presente contratto che abbia notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria previsti dalla L. 136/2010, devono manifestare immediatamente la volontà di avvalersi della clausola risolutiva, informandone, a mezzo comunicazione scritta, il Contraente e/o la Società e la Prefettura o l'Ufficio Territoriale del Governo territorialmente competente.

1.16 - Regolazione e conguaglio del premio
Il premio è anticipato, in via provvisoria, per l'importo risultante dal conteggio esposto nella Scheda di Copertura; lo stesso sarà regolato alla fine del periodo assicurativo annuo, secondo le variazioni intervenute, durante lo stesso periodo, negli elementi presi come base per il calcolo del premio, fermo il premio minimo pari al 75% del premio anticipato.
A tale scopo, entro 120 giorni dalla fine dell'anno assicurativo, il Contraente deve fornire, per iscritto, i dati necessari per la regolazione del premio alla Società (per il tramite del Broker), che provvederà ad emettere ed a recapitare al Broker la relativa appendice contrattuale.
Le differenze, attive o passive risultanti dalla regolazione, devono essere pagate entro 90 giorni dalla data di ricezione del relativo documento.
Trascorso detto termine, la garanzia resterà sospesa, fermo l'obbligo del Contraente di provvedere al pagamento del premio di regolazione dovuto.
La Società ha il diritto di effettuare verifiche e controlli per i quali il Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie.

1.17 - Interpretazione del contratto
Il presente capitolato normativo abroga e sostituisce ogni diversa previsione degli stampati della Società eventualmente uniti all'assicurazione, restando convenuto che la firma apposta dal Contraente sui detti stampati vale esclusivamente quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio fra le Società eventualmente partecipanti alla coassicurazione.
Ciò premesso, si conviene fra le parti che in caso di dubbia interpretazione delle norme contrattuali verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole al Contraente/Assicurato.

1.18 – Trattamento dei dati
Ai sensi del Regolamento Europeo sulla Privacy 679/2016, 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.

2 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

2.1 – Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione è prestata per gli infortuni che gli Assicurati, come individuati nelle specifiche categorie di polizza, subiscano nello svolgimento:

a) delle attività professionali principali e secondarie, nonché delle eventuali diverse attività professionali non dichiarate che, in base alle effettive caratteristiche del rischio, non avrebbero determinato alcun aumento del premio; attività derivanti da ragioni di servizio e/o di incarico e/o mandato ricevuto; attività svolte per altri enti pubblici a seguito di comando dell'Ente di appartenenza;
b) di ogni altra attività che non abbia carattere professionale, di incarico o di mandato.

2.2 – Estensione dell'assicurazione

Sono compresi in garanzia:

a) l'annegamento;
b) gli avvelenamenti o le intossicazioni conseguenti ad esposizione, contatto, ingestione o assorbimento di sostanze nocive e/o corrosive in genere;
c) la folgorazione;
d) l'assideramento o il congelamento;
e) gli infortuni causati da colpi di sole, di calore o di freddo, nonché dalle influenze termiche ed atmosferiche;
f) l'asfissia per involontaria aspirazione di gas, vapori o esalazioni velenose;
g) gli effetti della grandine e delle tempeste di vento;
h) gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza o sotto l'effetto di sostanze stupefacenti, purché l'assunzione di queste ultime abbia comprovato carattere terapeutico, con l'esclusione di quelli subiti alla guida di veicoli e/o natanti in genere;
i) gli infortuni sofferti in stato di malore o incoscienza;
j) gli infortuni derivanti da colpa grave, imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi dell'Assicurato, e/o del Contraente;
k) il soffocamento non di origine morbosa da ingestione di solidi e liquidi e comunque di qualunque corpo estraneo;
l) le morsicature, le punture e le ustioni causate da animali e/o vegetali in genere, nonché le infezioni tetaniche conseguenti ad infortuni risarcibili a termine di polizza;
m) le alterazioni patologiche conseguenti a morsi di animali e punture di insetti o aracnidi, esclusa la malaria;
n) gli infortuni sofferti in conseguenza di contatto con corrosivi;
o) gli infortuni derivanti movimenti tellurici e altre calamità naturali;
p) gli infortuni derivanti da tumulti popolari, anche con movente politico, sociale o sindacale, scioperi, sommosse, attentati, aggressioni e violenze, azioni delittuose, atti vandalici o dolosi, attentati, rapina e sequestro (anche tentati), scippo, terrorismo e sabotaggio, azioni di dirottamento di aeromobili o di pirateria aerea, navale o altri mezzi, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
q) gli infortuni derivanti da atti di temerarietà compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
r) le lesioni muscolari (esclusi gli infarti) o tendinee determinate da sforzi e le rotture sottocutanee dei tendini;
s) le ulteriori lesioni derivanti da interventi chirurgici o trattamenti medici resi necessari a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza.

2.3 – Morte

Qualora l'infortunio abbia per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifichi entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, ancorché successivamente alla scadenza della polizza, la Società liquida ai beneficiari la somma assicurata per il caso di morte. In difetto di designazione, la Società liquida la detta somma, in parti uguali, agli eredi. Ai sensi del presente articolo viene considerata "morte" anche lo stato dichiarato di "coma irreversibile" conseguente ad infortunio.

2.4 – Morte presunta

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato entro un anno e si presuma sia avvenuto il decesso, verrà riconosciuto l'indennizzo previsto per il caso di morte.

Qualora dopo il pagamento dell'indennità l'Assicurato risultasse in vita, o si abbiano di lui notizie sicure, o risultasse che la morte non è dipesa da infortunio indennizzabile a termini di polizza, la Società avrà diritto alla restituzione della somma liquidata. A restituzione avvenuta l'Assicurato stesso potrà far valere i diritti che eventualmente gli sarebbero spettati, nel caso avesse subito lesioni indennizzabili a norma della presente polizza.

2.5 – Invalidità permanente

L'indennizzo per invalidità permanente è dovuto se l'invalidità stessa si verifica, anche successivamente alla scadenza della polizza, entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto.
L'indennizzo per invalidità permanente parziale è calcolato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, in proporzione al grado di invalidità che va accertato facendo riferimento alla tabella allegata al Regolamento per l'esecuzione del D.P.R. 1124/65 e ss.mm.ii..
La perdita totale e 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 sopra indicate 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%.
Nel caso di asportazione parziale di una falange terminale delle dita, la Società riconoscerà una percentuale di invalidità pari al 50% di quella attribuita alla falange stessa in caso di asportazione totale.
L'indennità per la perdita funzionale ed anatomica di un falange del pollice e dell'alluce è stabilita nella metà, per quella di una falange di qualunque altro dito in un terzo, della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito.
Nei casi di invalidità permanente non specificati nella sopra menzionata tabella, l'indennità è stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi elencati, della misura in cui risulta diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.
Nel caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorati, le percentuali sopra indicate sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.
Nel caso di mancinismo le percentuali di invalidità previste per il lato destro varranno per il lato sinistro e viceversa.
Resta convenuto che, in luogo della franchigia relativa prevista dalla predetta legge, l'indennità verrà corrisposta senza l'applicazione di alcuna franchigia.

2.6 – Maggiorazione per il caso di invalidità permanente (opzione base)
Qualora l'invalidità permanente, valutata in base alle percentuali ed alle altre disposizioni, di cui alle condizioni del presente contratto, sia di grado pari o superiore al 60% l'indennità verrà corrisposta nella misura del 100% del capitale assicurato.
I casi di invalidità permanente, non inferiori al 50%, che rendano obiettivamente impossibile la prosecuzione del rapporto di lavoro e la costituzione di un rapporto similare presso altro Ente, anche, eventualmente, con una diversa utilizzazione della persona in occupazioni confacenti alle sue attitudini, verranno indennizzati con il 100% del capitale assicurato.

2.6 – Maggiorazione per il caso di invalidità permanente (opzione migliorativa)
Qualora l'invalidità permanente, valutata in base alle percentuali ed alle altre disposizioni, di cui alle condizioni del presente contratto, sia di grado pari o superiore al 60% e inferiore al 75% l'indennità verrà corrisposta nella misura del 100% del capitale assicurato.
Qualora l'invalidità permanente, valutata in base alle percentuali ed alle altre disposizioni, di cui alle condizioni del presente contratto, sia di grado pari o superiore al 75% l'indennità verrà corrisposta nella misura del 150% del capitale assicurato.
I casi di invalidità permanente, non inferiori al 50%, che rendano obiettivamente impossibile la prosecuzione del rapporto di lavoro e la costituzione di un rapporto similare presso altro Ente, anche, eventualmente, con una diversa utilizzazione della persona in occupazioni confacenti alle sue attitudini, verranno indennizzati con il 100% del capitale assicurato.

2.7 – Rimborso spese mediche (se assicurato)
In caso di infortunio, rientrante nella garanzia prestata, anche se non determinante la morte o una invalidità permanente, la Società rimborsa all'Assicurato, fino alla concorrenza del massimale indicato in polizza valido per anno assicurativo, o per il minor periodo di validità pattuito, le spese sostenute per:
a) rette di degenza in istituti di cura pubblici o privati;
b) onorari dei medici, chirurghi, assistenti, anestesisti, e di ogni altro componente l'equipe operatoria, materiale di intervento, diritti di sala operatoria;
c) visite mediche e specialistiche;
d) accertamenti diagnostici e medico legali (esclusi quelli previsti all'art. "5.5 – Controversie/Collegio medico");
e) spese farmaceutiche, fisioterapiche e rieducative in genere;
f) presidi ortopedici, limitatamente a: corsetti ortopedici per scoliosi ed artrosi, protesi e tutori di funzione arti superiori, inferiori e tronco, protesi oculari;
g) apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento chirurgico o, limitatamente alle specifiche previsioni delle singole schede tecniche di polizza, danneggiati in conseguenza di infortunio indennizzabile;
h) spese di trasporto all'Istituto di Cura o posto di Pronto Soccorso o da un Istituto di Cura all'altro o dall'Istituto di Cura al domicilio dell'Assicurato su ambulanze e/o mezzi speciali di soccorso adeguati alla gravità delle condizioni dell'infortunato;

i) per cure e protesi dentarie rese necessarie da infortunio, con il limite di Euro 500,00 per dente e di Euro 1.000,00 relativamente alle spese sostenute per il materiale prezioso e le leghe speciali impiegati nelle protesi dentarie, per la perdita totale di un dente (avulsione) verrà corrisposto l'1% della invalidità permanente.

Il rimborso viene effettuato a guarigione clinica ultimata, previa presentazione alla Società dei documenti giustificativi in originale.

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

Qualora l'Assicurato fruisca di analoghe prestazioni assicurative (sociali o private) la garanzia vale per l'eventuale eccedenza di spese da queste non rimborsate.

2.8 – Inabilità temporanea (se assicurata)

Se l'infortunio ha come conseguenza una inabilità temporanea, la Società corrisponde la somma assicurata:

a) integralmente, per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle sue attività professionali principali e secondarie;
b) al 50% per ogni giorno in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle sue attività professionali principali e secondarie.

L'indennizzo per inabilità temporanea viene corrisposto per un massimo di 90 giorni.

2.9 – Diaria per ricovero (se assicurata)

In caso di infortunio, indennizzabile a termini di polizza, la Società corrisponde l'indennità assicurata per ciascun giorno di ricovero in istituto di cura, per un massimo di 60 giorni per ogni infortunio, su presentazione di cartella clinica. La giornata di entrata e di uscita dall'Istituto di cura sono considerate una sola giornata. In caso di ricovero all'estero l'indennizzo verrà corrisposto al rientro dell'Assicurato in Italia in Euro. La corresponsione dell'indennizzo sarà effettuata a degenza ospedaliera ultimata, previa presentazione alla Società della certificazione definitiva, in originale, indicante il giorno di entrata e di uscita dall'Istituto di cura.

2.10 – Diaria per gessatura (se assicurata)

La Società corrisponde, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza che comporti l'applicazione di apparecchio gessato o di tutori immobilizzanti equivalenti, l'indennità giornaliera prevista in polizza, per un massimo di 60 giorni, per ogni giorno di effettiva applicazione dell'apparecchio gessato o del tutore immobilizzante equivalente.

Si intendono esclusi dai tutori immobilizzanti: le fasce elastiche in genere, i bendaggi alla colla di zinco, i busti ortopedici elastici, i vari tipi di collari eccetto quelli utilizzati per fratture cervicali e lussazioni cervicali. I mezzi di ostesintesi interni sono liquidati con indennizzo forfettario pari all'1% della somma assicurata per la Invalidità Permanente con il massimo di Euro 2.500,00.

2.11 – Cumulo di indennità

L'indennizzo per morte non è cumulabile con quello per 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 designati o, in difetto, agli eredi, la differenza tra l'indennizzo per morte, se superiore, e quello già pagato per invalidità permanente e non chiede il rimborso nel caso contrario.

2.12 - Esposizione agli elementi

La Società, in occasione di arenamento, incaglio, naufragio, sommersione, atterraggio e ammaraggio forzato, corrisponderà le somme rispettivamente assicurate per il caso di morte e di invalidità permanente anche nei casi in cui gli avvenimenti di cui sopra non siano causa diretta dell'infortunio, ma in conseguenza delle zone, del clima, o di altre situazioni concomitanti, l'assicurato si trovi in condizioni tali da subire la morte o lesioni organiche permanenti.

2.13 – Rischio volo

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

a) da società e/o aziende di lavoro aereo, in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;
b) da aereoclubs;

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

2.14 – Rischio guerra

La garanzia si intende estesa agli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non), insurrezione, 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 in un paese sino ad allora in pace.
Sono comunque esclusi dalla garanzia gli infortuni derivanti dalla predetta causa che colpissero l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, dello Stato della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.

2.15 – Estensione territoriale
L'assicurazione vale in tutto il mondo.

2.16 – Infortunio catastrofale
Nel caso di infortunio che colpisca contemporaneamente più persone assicurate, in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo complessivo della Società non potrà comunque superare l'importo di Euro 2.500.000,00.
Qualora le indennità liquidabili ai sensi di polizza eccedessero nel loro complesso tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

2.17 – Esonero denuncia generalità degli Assicurati
Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le generalità delle persone assicurate. Per l'identificazione di tali persone si farà riferimento alla documentazione amministrativa tenuta dal Contraente a termini di legge.

3 - ESCLUSIONI

3.1 – Rischi esclusi

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti:

a) dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
b) dall'uso, anche come passeggero, di aeromobili (considerati come tali anche deltaplani ultraleggeri e simili);
c) dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, arti marziali in genere, alpinismo oltre il 3° grado, scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci e idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, guidoslitta, hockey, immersione con autorespiratore, paracadutismo, parapendio e sport aerei in genere;
d) dalla partecipazione a competizioni, o relative prove, sciistiche, ippiche, calcistiche, ciclistiche, di pallavolo, di pallamano, di pallacanestro, di hockey, di rugby, di football americano, salvo che esse abbiano carattere ricreativo e/o amatoriale;
e) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e dall'accelerazione di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, etc.);
f) dall'uso di allucinogeni, dall'uso non terapeutico di stupefacenti o di psicofarmaci;
g) da stato di ubriachezza, purché esista nesso di causalità;
h) dalle conseguenze di operazioni chirurgiche o di trattamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio, salvo quanto previsto all'art. 4.4 "Danni estetici";
i) da reati dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, o da partecipazione ad imprese temerarie o inusuali, salvo gli atti compiuti per solidarietà umana o per legittima difesa;
j) da guerra e insurrezione, salvo quanto previsto all'art. 2.14 "Rischio guerra";
k) da atti di terrorismo determinati da elementi nucleari, batteriologici e chimici;
l) Clausola Esclusione Pandemia: la presente polizza non copre alcun sinistro direttamente o indirettamente derivante da, contribuito o risultante da pandemie o epidemie. Ai fini del presente articolo, per pandemia ed epidemia si intende qualsiasi malattia dichiarata come tale dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e/o dal Governo italiano. L'esclusione è valida a partire dal momento in cui tale dichiarazione viene effettuata. Se la compagnia sostiene che in ragione di questa esclusione un qualsiasi sinistro non debba essere coperto dal presente accordo, l'onere della prova contraria sarà a carico della Contraente /Assicurato. Nel caso in cui una qualsiasi parte di questa clausola sia ritenuta non valida o inapplicabile, la parte rimanente rimarrà pienamente valida ed efficace.

3.2 – Persone non assicurabili

Non sono assicurabili, salvo diversa pattuizione risultante in polizza, le persone affette da infermità mentale che incidano sulla capacità di intendere e di volere, da alcolismo o da tossicodipendenza. Di conseguenza l'assicurazione cessa, per l'Assicurato, con il loro manifestarsi. Tuttavia, laddove l'assicurazione sia prestata sulla base di disposizioni di legge o di contratti collettivi nazionali di lavoro la presente esclusione non troverà applicazione.

3.3 – Limiti di età

L'assicurazione, salvo diversa pattuizione risultante in polizza, non vale per le persone di età superiore a 80 anni. Tuttavia, per le persone che raggiungono tale età in corso di contratto, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla scadenza annuale successiva.

4 - CONDIZIONI PARTICOLARI
(OPERANTI SOLO SE ESPRESSAMENTE RICHIAMATE
NELLA SEZIONE "CATEGORIE E SOMME ASSICURATE")

4.1 – Limitazione dell'assicurazione agli infortuni professionali o da attività specifiche
L'assicurazione vale esclusivamente per gli infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio delle attività e nell'espletamento delle funzioni professionali principali e secondarie e/o durante lo svolgimento di qualsiasi incarico inerente al servizio e/o al mandato conferitogli e/o in occasione di comando da parte del Contraente presso altri Enti Pubblici e/o durante lo svolgimento delle attività meglio descritte nella Sezione "Categorie e somme assicurate".
Si intendono compresi il Telelavoro (intendendosi per tale il lavoro effettuato a distanza grazie all'utilizzo di sistemi telematici di comunicazione) e le prestazioni lavorative in modalità Smart Working.

4.2 – Rischio in itinere
L'assicurazione comprende gli infortuni subiti dall'Assicurato durante i trasferimenti, effettuati con qualsiasi mezzo di locomozione, oppure a piedi, tra la propria abitazione, anche se occasionale, ed il normale luogo di lavoro e/o abituale destinazione, sia all'andata che al ritorno, oppure qualsiasi altro luogo ove l'Assicurato si rechi a svolgere la propria mansione e/o occupazione assicurata e/o attività. La garanzia si intende operante anche durante le operazioni di salita e discesa dai mezzi di trasporto.

4.3 – Malattie professionali
L'assicurazione viene estesa alle malattie riportate in servizio e per causa di servizio che abbiano come conseguenza la morte o la invalidità permanente e che siano insorte nel corso di validità del presente contratto.
Limitatamente alla garanzia malattia non si fa luogo a indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado pari o inferiore al 15% della totale; se invece risulterà superiore al 15%, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente.
L'operatività della garanzia è subordinata alla condizione che la malattia insorga nel corso del rapporto assicurativo e si manifesti entro un anno dalla data di cessazione del rapporto stesso o, se anteriore, dalla data di cessazione del servizio.
Sono escluse dalla garanzia le nevrosi, le malattie mentali e le tubercolari. Vale anche per la garanzia malattia l'esclusione, prevista dalle condizioni generali di assicurazione, relativamente alle conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure da radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche.

4.4 – Danni estetici
Nel caso di infortunio, indennizzabile a termini di polizza, con conseguenze di carattere estetico, la Società rimborsa fino alla concorrenza di Euro 5.000,00 per Assicurato, le spese sostenute e documentate entro tre anni dalla data d'infortunio, ancorché successivamente alla scadenza di polizza, per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre o eliminare il danno estetico, comprese le spese per interventi di chirurgia plastica ed estetica. Il rimborso è effettuato a cura ultimata e previa presentazione di copia della cartella clinica e notule di spesa in originale oppure in copia conforme.
Nel caso in cui, per l'età giovanile dell'Assicurato non sia possibile l'intervento di chirurgia plastica ed estetica, la Società riconosce la liquidazione forfettaria di Euro 2.500,00.
Restano escluse dall'assicurazione le spese per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici preesistenti all'evento.

4.5 – Ernie
Limitatamente ai casi di invalidità permanente e di inabilità temporanea, l'assicurazione è estesa alle ernie traumatiche e alle ernie addominali da sforzo con l'intesa che:
a) qualora l'ernia risulti operabile, verrà corrisposta solamente l'indennità per il caso di inabilità temporanea, ove prevista, fino ad un massimo di 30 giorni;
b) qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposto solamente un indennizzo non superiore al 10% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente;
c) qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio Medico, di cui all'art. 5.5 "Controversie/Collegio medico".

Per la presente estensione di garanzia, qualora all'atto della stipula della presente polizza l'Assicurato risulti affetto dalla suddetta infermità, non si farà luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente sia di grado pari o inferiore al 3% della totale, l'indennità verrà corrisposta solo per la parte eccedente tale percentuale.

4.6 - Rottura occhiali
La Società rimborsa le spese sostenute per la riparazione o sostituzione degli occhiali (montature e lenti, comprese quelle a contatto), a seguito di sinistro indennizzabile a termini di polizza, nei limiti di Euro 500,00 per sinistro.

4.7 – Elevazione dell'indennità assicurata in caso di morte da aggressione

La Società, per il solo caso di morte determinata da aggressione, atti di terrorismo o attentato, ai danni delle persone assicurate, corrisponderà l'indennità prevista in polizza per il caso di morte maggiorata del 50%.

4.8 – Estensione alle aggressioni al di fuori dell'orario di svolgimento dell'attività
L'assicurazione è operante anche per gli infortuni subiti dagli assicurati in seguito ad aggressioni o atti violenti che abbiano movente politico, sociale o sindacale, anche fuori dall'orario di lavoro e/o fuori dai
luoghi di svolgimento di mandati o di incarichi, sempre che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva.

4.9 – Malattie tropicali
Limitatamente al caso di I.P. l'assicurazione è estesa alle malattie tropicali che potessero contrarre le persone assicurate. Per malattie tropicali devono intendersi le seguenti: amebiasi, bilhariosi, dermotifo, dissenteria batterica, febbre ittero-emoglobinurica, meningite cerebro spinale epidemica, vaiolo, febbre ricorrente africana, infezione malarica perniciosa. L'estensione è subordinata alla circostanza che gli assicurati si trovino in perfette condizioni di salute e che siano stati preventivamente sottoposti alle prescritte pratiche di profilassi. Per tale estensione di garanzia non si fa luogo ad indennizzo per Invalidità Permanente quando questa è di grado non superiore al 20% della invalidità totale.
Se invece l'invalidità permanente supera il 20% tale franchigia si intende annullata e verrà corrisposto l'indennizzo in rapporto al grado di invalidità permanente subito.

4.10 – Rientro sanitario
La garanzia è estesa al rimborso, fino al limite di Euro 3.000,00 per sinistro, delle spese sostenute dall'Assicurato in caso di infortunio che lo colpiscano nel corso di una missione o viaggio disposto dal Contraente e che rendano necessario il suo trasporto con qualsiasi mezzo ritenuto idoneo in ospedale attrezzato in Italia.

4.11 – Rimpatrio salma (valido in Italia e all'Estero)
La garanzia è estesa al rimborso delle spese sostenute per il rimpatrio della salma dell'Assicurato, in caso di decesso a seguito di infortunio che colpisca l'Assicurato nel corso di una missione o viaggio disposto dal Contraente, fino al luogo di sepoltura e ciò fino alla concorrenza di Euro 3.000,00 per sinistro.

4.12 – Spese funerarie
In caso di decesso dell'Assicurato a seguito di infortunio indennizzabile a termine di polizza, la Società rimborsa le spese funerarie sostenute e documentate fino al limite di Euro 1.500,00.

4.13 – Deroga ai limiti di età
L'assicurazione è operante anche per le persone di età superiore a 80 anni e fino a 85 anni, per le quali resta tuttavia convenuto che la garanzia per invalidità permanente deve intendersi prestata con una franchigia assoluta del 5% (cinque per cento), in deroga ad ogni diversa previsione delle norme che regolano l'assicurazione.

4.14 – Assicurazione in base ai multipli delle retribuzioni
Il premio viene anticipato in base al preventivo delle retribuzioni lorde annue corrisposte al personale dipendente, alle quali è applicato il tasso lordo di premio, che rimane fisso per tutta la durata del contratto; il detto premio è soggetto a conguaglio al termine di ciascun periodo assicurativo, sulla scorta delle retribuzioni lorde annue registrate a consuntivo. Agli effetti del calcolo del premio per retribuzione si intende tutto quanto, al lordo delle ritenute, il dipendente effettivamente riceve in compenso delle sue prestazioni, comprese le indennità fisse, i premi, le gratificazioni, i compensi speciali di qualsiasi natura, le indennità di disagio, di missione, la tredicesima e la eventuale quattordicesima. Ai fini della liquidazione delle indennità è considerata retribuzione annua dell'infortunato quella percepita per i titoli di cui sopra nei 3 mesi precedenti quello in cui si è verificato l'infortunio, moltiplicata per quattro ed al netto delle somme relative a retribuzioni non pagabili ricorrentemente in ciascun mese. All'importo così ottenuto si addizionano:
a) le somme non pagabili ricorrentemente in ciascun mese, ma effettivamente corrisposte all'infortunato nei 3 mesi cui sopra;
b) la tredicesima ed eventualmente la quattordicesima mensilità, pagate al dipendente prima dell'infortunio.

Se l'infortunato ha una anzianità di servizio inferiore ai 3 mesi, è considerata retribuzione quella che egli
avrebbe percepito nel primo anno di servizio in base al C.C.N.L. di categoria.

4.15 – Spese di trasporto casa-scuola/asilo
La Società rimborsa all'Assicurato e/o alla famiglia le spese sostenute per il trasporto da casa a scuola/asilo e viceversa, qualora diventi portatore, al di fuori dell'Istituto di cura, di gessature e/o di apparecchi protesici al bacino e/o agli arti inferiori, applicati e rimossi da personale medico e/o paramedico, sino alla concorrenza del limite di indennizzo giornaliero di Euro 15,00 per un massimo di 30 giorni consecutivi escluse festività.

4.16 – Danneggiamento del vestiario
La Società rimborsa all'Assicurato, sino alla concorrenza del limite di indennizzo di Euro 500,00, le spese per il suo vestiario danneggiato in conseguenza di infortunio.

4.17 – Diaria da Day-Hospital
In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, che abbia per conseguenza un ricovero in degenza diurna (c.d. Day-Hospital), la Società corrisponde all'Assicurato, per il quale tale garanzia sia prevista, l'indennità giornaliera di Euro 25,00 per per un massimo di 20 giorni per persona.

4.18 – HIV
Premesso che nel testo che segue si intende per contagio l'evento dovuto a causa esterna, fortuita ed accidentale che produca modificazioni sierologiche, obiettivamente constatabili, che indicano un'infezione da H.I.V. (sieropositività), si conviene la seguente estensione di garanzia.
In caso di contagio, avvenuto esclusivamente durante lo svolgimento delle attività assicurate descritte in polizza, in conseguenza di:
a) puntura o ferita occasionale da oggetto infettato da virus;
b) aggressioni subite dall'Assicurato;
c) trasfusione di sangue e/o emoderivati resa necessaria da infortunio indennizzabile ai sensi di polizza;
d) contagio avvenuto in situazioni di soccorso prestato nell'ambito dell'Istituto Scolastico, a soggetti assicurati presunti portatori dei virus;

la Società liquiderà un indennizzo pari a Euro 20.000,00 qualora l'Assicurato risulti sieropositivo, secondo la procedura di accertamento stabilita come segue:
1. l'Assicurato che ritiene di essere stato contagiato a causa di un evento accidentale descritto alle lettere a), b), c), d) che precedono deve, entro tre giorni dal momento in cui è avvenuto il fatto, darne avviso alla Società (anche per il tramite del Contraente) a mezzo telegramma o telefax indirizzato alla Società, anche per il tramite del Broker. Contemporaneamente deve essere inviata per raccomandata una descrizione dettagliata dell'evento, certificata dal Contraente o dall'Ente – se diverso dal Contraente – presso il quale si è verificato il fatto accidentale.
   Entro sei giorni dall'evento l'Assicurato – fatta eccezione per i casi regolamentati al punto 2. seguente – deve sottoporsi ad un primo test presso un centro specializzato indicato dalla Società.
   Qualora dal test risulti che l'Assicurato è sieropositivo, non sarà dovuto alcun indennizzo. L'assicurazione prevista dalla presente estensione di garanzia cessa nei suoi confronti. Se il primo test immunologico fornirà un risultato negativo, l'Assicurato entro i 180 giorni successivi dovrà sottoporsi ad un secondo test; se da questo risulterà che l'Assicurato è divenuto sieropositivo, la Società liquiderà l'indennizzo previsto dall'assicurazione.
   Tutte le spese mediche relative al test H.I.V. sono a carico dell'Assicurato; tuttavia in caso di sinistro indennizzabile a termini di polizza, anche dette spese saranno rimborsate dalla Società. L'Assicurato ha l'obbligo di farsi identificare, pena la decadenza del beneficio dell'assicurazione, al momento di sottoporsi al test immunologico.
   Il rispetto rigoroso dei termini della denuncia e degli altri obblighi indicati nei commi precedenti, è essenziale per la validità dell'assicurazione. In caso di inadempienza l'Assicurato e gli aventi diritto perdono il diritto all'indennizzo.
2. In relazione ai rischi descritti alle lettere a), b), c), d) che precedono ed alla procedura di accertamento della sieropositività da H.I.V., si conviene che:
   i. in caso di aggressione a seguito della quale l'Assicurato, o chi per lui, si trovi in condizioni di non autosufficienza (tali da richiedere l'intervento di terzi per il soccorso, con conseguente ricovero in istituto di cura), l'Assicurato deve sottoporsi al test appena ne abbia avuto la possibilità e comunque entro 180 giorni dall'aggressione. L'aggressione deve risultare da denuncia (anche contro ignoti) all'Autorità competente;
   ii. in caso di trasfusione resa necessaria da evento traumatico, l'Assicurato è esonerato dal primo test immunologico, restando confermata la necessità di sottoporvisi entro i 180 giorni dalla trasfusione; la cartella clinica completa sarà corredo necessario della pratica di sinistro.
3. La Società, riscontrati gli adempimenti prescritti e constatato il contagio certificato dal secondo test immunologico descritto nel precedente punto 1., corrisponde l'indennizzo previsto.

Agli effetti della copertura della presente estensione di garanzia, non sono assicurabili le persone affette da emofilia e le persone portatrici del virus H.I.V. prima della data di accadimento del sinistro. Parimenti non sono assicurabili le persone affette da tossicomanie.

5 - NORME CHE REGOLANO LA GESTIONE SINISTRI

5.1 – Obblighi del Contraente/Assicurato in caso di sinistro
Il Contraente/Assicurato deve dare avviso scritto alla Società alla quale è stata assegnata la polizza per il tramite del Broker, entro 30 giorni lavorativi da quando l'Ufficio Assicurazioni dell'Ente ne è venuto a conoscenza.
La denuncia deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, le cause che lo hanno determinato e deve essere corredata da certificato medico; il decorso delle lesioni deve essere documentato con continuità da ulteriori certificati medici, fino a guarigione avvenuta. Nel caso di inabilità temporanea, i certificati dovranno essere rinnovati. In caso di mancato rinnovo, la liquidazione dell'indennità viene fatta considerando data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che la Società possa stabilire una data diversa.
Se l'infortunio ha cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, deve essere dato immediato avviso scritto alla Società.
L'Assicurato, i suoi familiari o aventi diritto, devono consentire alla visita di medici della Società e a qualsiasi indagine o accertamento che questa ritenga necessari, sciogliendo, a tal fine, dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso.

5.2 – Denuncia sinistro per i "minori"
Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denuncia quando non vi sia richiesta di risarcimento dell'Assicurato e/o delle persone che lo rappresentano ma solo comunicazione dell'Istituto e/o del personale dello stesso addetto alla sorveglianza, circa l'infortunio sofferto dall'Assicurato. È fatto comunque obbligo al Contraente di registrare in modo cronologico tale comunicazione e tenere conservata la relativa documentazione che potrà essere successivamente inoltrata alla Società in caso di denuncia dell'Assicurato e/o delle persone che lo rappresentano.

5.3 – Criteri di indennizzo
Fermo restando l'esonero del Contraente/Assicurato dalla denuncia delle infermità, delle malattie sofferte, nonché delle mutilazioni e dei difetti fisici di cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione del contratto o che dovessero sopravvenire successivamente, la Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio, avvenuto durante il periodo di operatività della garanzia, 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 casi di preesistente mutilazione o difetto fisico, l'indennizzo per invalidità permanente è liquidato per le sole conseguenze dirette causate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra e sana, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti.
In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di indennità sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.
Tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata ovvero sia determinabile in base alla documentazione esistente, la Società paga ai beneficiari designati per il caso di morte o, in difetto, alle altre persone designate, l'importo liquidato od offerto.

5.4 – Pagamento dell'indennizzo
Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquida gli indennizzi che risultino dovuti, ne dà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvede al pagamento entro 30 giorni.
Per gli infortuni avvenuti all'estero, il pagamento verrà effettuato in Italia in valuta italiana. Per le spese sanitarie 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 Cambi.
Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente, inabilità temporanea, diaria da ricovero, diaria da gessatura e diaria da convalescenza post-ricovero, è di carattere personale e quindi non trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che gli indennizzi siano stati liquidati o comunque offerti in misura determinata ovvero siano determinabili in base alla documentazione esistente, la Società paga ai beneficiari designati per il caso di morte o, in difetto, alle altre persone designate, l'importo liquidato od offerto.
Decorsi almeno 90 giorni dall'infortunio, su richiesta dell'Assicurato, la Società, quando abbia preventivato un grado di invalidità permanente superiore al 20%, anticiperà il pagamento di un indennizzo calcolato con riferimento all'anzidetta percentuale, al netto di eventuali franchigie.

5.5 – Controversie/Collegio medico
In caso di divergenza sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni, sul grado di invalidità permanente nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzo, le Parti si obbligano a conferire per iscritto mandato di decidere se ed in quale misura siano dovuti i rimborsi o le indennità, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un Collegio di tre medici nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio. Il Collegio Medico risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di 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 del terzo medico.
La Società, entro 10 giorni dalla nomina del terzo medico, convoca il Collegio invitando l'Assicurato a presentarsi.
È data facoltà al Collegio Medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente a un termine, entro 2 anni, da fissarsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisionale sull'indennizzo totale non inferiore alla percentuale di invalidità permanente non in discussione.
Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza dei voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano sin da ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione dei patti contrattuali.
I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

5.6 – Responsabilità del Contraente
Poiché la presente assicurazione è stata stipulata dal Contraente anche nel proprio interesse quale possibile responsabile del sinistro, si conviene che qualora gli infortunati o, in caso di morte, i beneficiari non accettino, a completa tacitazione per l'infortunio, l'indennizzo dovuto ai sensi della presente polizza ed avanzino verso il Contraente maggiori pretese di risarcimento, a titolo di responsabilità civile, detto sinistro nella sua totalità viene accantonato su richiesta del Contraente, per essere computato nel risarcimento che il Contraente fosse tenuto a corrispondere per sentenza o transazione.
Qualora l'infortunato o gli anzidetti beneficiari recedano dall'azione di responsabilità civile, o rimangano in essa soccombenti, l'indennizzo accantonato viene agli stessi pagato sotto deduzione, a favore del Contraente, delle spese di causa sostenute dal Contraente stesso.
Se con i beneficiari designati in polizza o indipendentemente da essi, altri aventi diritto al risarcimento per l'infortunio subito dall'Assicurato avanzino pretese di danno verso il Contraente, l'assicurazione vale anche nei riguardi delle richieste di questi ultimi in concorso o meno con quelle dei beneficiari.
La Società assume fino a quando ne ha interesse, sostenendone le spese a termini di legge, la gestione delle vertenze tanto in sede giudiziale che stragiudiziale, sia civile che penale, a nome del Contraente, avvalendosi di tutti i diritti ed azioni ad esso competenti. Il Contraente deve al più presto informare la Società (trasmettendole in ogni caso documenti, notizie e quant'altro riguarda la vertenza) delle pretese avanzate dagli infortunati o dai beneficiari, all'inizio di ogni causa civile e penale e nominare gli avvocati o procuratori designati dalla Società per la difesa, restando in facoltà del Contraente di aggiungerne altri a proprie spese.
Le disposizioni contenute nel presente articolo potranno non essere applicate su richiesta scritta alla Società da parte del Contraente.

5.7 – Rinuncia alla rivalsa
La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili del sinistro.

6 – CATEGORIE E SOMME ASSICURATE

L'assicurazione è prestata alle condizioni tutte della presente polizza per le persone appartenenti alle categorie di seguito evidenziate e per le garanzie e massimali specifici della singola categoria.

A – AMMINISTRATORI

Assicurati
Gli Amministratori del Contraente che compongono la Giunta (Sindaco, Vice-Sindaco e Assessori).

Ambito di validità dell'assicurazione
L'assicurazione è prestata per gli infortuni subiti dagli Assicurati a causa ed in occasione dell'espletamento di tutte le attività e funzioni inerenti l'incarico, servizio e/o mandato ricoperto presso l'Ente o per conto del medesimo, anche presso altro Ente Pubblico a seguito di comando dell'Ente di appartenenza. Sono inclusi in garanzia gli infortuni verificatesi durante trasferimenti, viaggi e/o missioni effettuati a piedi o con qualsiasi mezzo di trasporto proprio, del Contraente o di Terzi (ad es. autovetture, ciclomotori, motocicli, velocipedi, natanti, etc.). Sono compresi gli infortuni sofferti salendo o scendendo sui/dai mezzi di trasporto menzionati e durante le operazioni necessarie, in caso di fermata del veicolo, a riprendere la marcia. La presente assicurazione è operante anche durante l'espletamento di incarichi e/o servizi di Protezione Civile svolti per incarico del Contraente.

Franchigie

Invalidità permanente	0%
Rimborso spese mediche	Euro 50,00
Inabilità temporanea	Giorni 5
Diaria per ricovero	Giorni 2
Diaria per gessatura	Giorni 2

Condizioni particolari operanti

4.1	Limitazione dell'assicurazione agli infortuni professionali o da attività specifiche	SI	
4.2	Rischio in itinere	SI	
4.3	Malattie professionali		NO
4.4	Danni estetici	SI	
4.5	Ernie	SI	
4.6	Rottura occhiali	SI	
4.7	Elevazione dell'indennità assicurata in caso di morte da aggressione	SI	
4.8	Estensione alle aggressioni al di fuori dell'orario di svolgimento dell'attività	SI	
4.9	Malattie tropicali	SI	
4.10	Rientro sanitario	SI	
4.11	Rimpatrio salma (valido in Italia e all'Estero)	SI	
4.12	Spese funerarie	SI	
4.13	Deroga ai limiti di età		NO
4.14	Assicurazione in base ai multipli delle retribuzioni		NO
4.15	Spese di trasporto casa-scuola/asilo		NO
4.16	Danneggiamento del vestiario		NO
4.17	Diaria da Day-Hospital		NO
4.18	HIV		NO

Elementi per il conteggio del premio
Il premio annuo lordo viene determinato in base al numero di Assicurati.

B – SEGRETARIO COMUNALE

Assicurati
Il Segretario Comunale.

Ambito di validità dell'assicurazione
L'assicurazione è prestata per gli infortuni subiti dagli Assicurati a causa ed in occasione dell'espletamento di tutte le attività e funzioni inerenti l'incarico, servizio e/o mandato ricoperto presso l'Ente o per conto del medesimo, anche presso altro Ente Pubblico a seguito di comando dell'Ente di appartenenza. Sono inclusi in garanzia gli infortuni verificatesi durante trasferimenti, viaggi e/o missioni effettuati a piedi o con qualsiasi mezzo di trasporto proprio, del Contraente o di Terzi (ad es. autovetture, ciclomotori, motocicli, velocipedi, natanti, etc.). Sono compresi gli infortuni sofferti salendo o scendendo sui/dai mezzi di trasporto menzionati e durante le operazioni necessarie, in caso di fermata del veicolo, a riprendere la marcia.

Franchigie

Invalidità permanente	0%
Rimborso spese mediche	Euro 50,00
Inabilità temporanea	Giorni 5
Diaria per ricovero	Giorni 2
Diaria per gessatura	Giorni 2

Condizioni particolari operanti

4.1	Limitazione dell'assicurazione agli infortuni professionali o da attività specifiche	SI	
4.2	Rischio in itinere	SI	
4.3	Malattie professionali		NO
4.4	Danni estetici	SI	
4.5	Ernie	SI	
4.6	Rottura occhiali	SI	
4.7	Elevazione dell'indennità assicurata in caso di morte da aggressione	SI	
4.8	Estensione alle aggressioni al di fuori dell'orario di svolgimento dell'attività		NO
4.9	Malattie tropicali	SI	
4.10	Rientro sanitario	SI	
4.11	Rimpatrio salma (valido in Italia e all'Estero)	SI	
4.12	Spese funerarie	SI	
4.13	Deroga ai limiti di età		NO
4.14	Assicurazione in base ai multipli delle retribuzioni		NO
4.15	Spese di trasporto casa-scuola/asilo		NO
4.16	Danneggiamento del vestiario		NO
4.17	Diaria da Day-Hospital		NO
4.18	HIV		NO

Elementi per il conteggio del premio
Il premio annuo lordo viene determinato in base al numero di Assicurati.

C – VOLONTARI DELLA PROTEZIONE CIVILE

Assicurati
I Volontari della Protezione Civile.

Ambito di validità dell'assicurazione
Ogni attività di volontariato e di soccorso prevista nelle finalità statutarie, nessuna esclusa, rientrante nelle mansioni di protezione civile, esercitata secondo le direttive e dipendenze funzionali dell'autorità competente o ritenuta necessaria al ritorno della normalità dai volontari che agiscono nello spirito del volontariato.
A titolo puramente esemplificativo e non esaustivo si elencano alcune fattispecie di attività:

a) prevenzione sul territorio, pattugliamento, sorveglianza, pulizia, e ripristino di sentieri montani, pulizia, taglio degli alberi ed arbusti e erbe infestanti di cigli e scarpate lungo strade e sentieri;
b) pulizia di fossi e canali, disintasamento fognature, pulizia e lavaggio di cunette e sedi stradali, disinfestazione da vespe e calabroni;
c) previsione, prevenzione e soccorso nelle emergenze, ivi compresa la fase di ritorno alla normalità e le necessarie esercitazioni ed istruzioni;
d) la protezione, la conservazione e la valorizzazione dell'ambiente, della cultura e del patrimonio storico e artistico, nonché la promozione e lo sviluppo delle attività connesse;
e) collaborazione con Istituzioni, Enti Locali, Aziende Sanitarie, servizi di emergenza (es. Vigili del Fuoco, 118, Anpas, Croci, Soccorso Alpino) per i servizi connessi alla gestione delle emergenze ed alle attività del volontariato in generale;
f) servizi vari per la tutela dell'incolumità pubblica, supporto alla viabilità stradale e assistenza alla popolazione richiesti da enti pubblici o associazioni non lucrative di utilità sociale durante lo svolgimento di manifestazioni;
g) prevenzione sul territorio, pattugliamento, sorveglianza, addestramento, istituzione di corsi didattici e di sensibilizzazione presso le scuole;
h) servizi vari di pubblica utilità, trasporti di popolazione presso sedi sanitarie o di ricovero, attività logistiche, funzionali, di supporto e sicurezza in collaborazione con le amministrazioni comunali o con le altre associazioni di volontariato;
i) ricerca e recupero delle persone disperse su richiesta delle autorità preposte con volontari e con l'ausilio di unità cinofile;
j) somministrazione di alimenti e bevande ai volontari e alla popolazione;
k) partecipazione a convegni, mostre, esposizioni e manifestazioni in genere, anche per forme di autofinanziamento e per prestazioni comunque rientranti nelle attività del volontariato;
l) partecipazione a lavori di ordinaria manutenzione dei materiali in dotazione al servizio della protezione civile;
m) installazione e manutenzione di ponti radio per la gestione delle trasmissioni;
n) urgenze e/o catastrofi e/o calamità naturali e altri eventi similari.

Nell'espletamento delle attività, i volontari fanno uso di attrezzature, macchinari e mezzi d'opera. I macchinari posso essere montati su autoveicoli (es. gru, motopompe, torri illuminanti, generatori di corrente, verricelli, lance antincendio) e/o no (es. motoseghe, sramatori, soffiatori e attrezzi vari da lavoro).
A parziale deroga di quanto previsto all'art. 3.1 lett. c) "Rischi Esclusi" deve intendersi compresa in garanzia l'attività di immersione con autorespiratore, sia nell'ambito delle operazioni di addestramento che di quelle di salvataggio/soccorso.
Sono inclusi in garanzia gli infortuni verificatesi durante trasferimenti, viaggi e/o missioni effettuati a piedi o con qualsiasi mezzo di trasporto proprio, del Contraente o di Terzi (ad es. autovetture, ciclomotori, motocicli, velocipedi, natanti, etc.).
Sono compresi gli infortuni sofferti salendo o scendendo sui/dai mezzi di trasporto menzionati e durante le operazioni necessarie, in caso di fermata del veicolo, a riprendere la marcia.
Per l'identificazione degli Assicurati e delle menzionate attività per le quali è prestata l'assicurazione, farà fede la documentazione amministrativa tenuta dal Contraente e/o dal Responsabile dell'attività dei volontari a termini di legge.

Franchigie

Invalidità permanente	3% azzerata con invalidità uguale o superiore al 10%
Rimborso spese mediche	Euro 50,00
Inabilità temporanea	Giorni 5
Diaria per ricovero	Giorni 2
Diaria per gessatura	Giorni 2

Condizioni particolari operanti

4.1	Limitazione dell'assicurazione agli infortuni professionali o da attività specifiche	SI	
4.2	Rischio in itinere	SI	
4.3	Malattie professionali		NO
4.4	Danni estetici	SI	
4.5	Ernie	SI	

4.6	Rottura occhiali	SI	
4.7	Elevazione dell'indennità assicurata in caso di morte da aggressione		NO
4.8	Estensione alle aggressioni al di fuori dell'orario di svolgimento dell'attività		NO
4.9	Malattie tropicali	SI	
4.10	Rientro sanitario	SI	
4.11	Rimpatrio salma (valido in Italia e all'Estero)	SI	
4.12	Spese funerarie	SI	
4.13	Deroga ai limiti di età		NO
4.14	Assicurazione in base ai multipli delle retribuzioni		NO
4.15	Spese di trasporto casa-scuola/asilo		NO
4.16	Danneggiamento del vestiario		NO
4.17	Diaria da Day-Hospital		NO
4.18	HIV		NO

Elementi per il conteggio del premio
Il premio annuo lordo viene determinato in base al numero di Assicurati.

D – VOLONTARI E COLLABORATORI IN GENERE

Assicurati
I volontari (esclusi gli addetti alla Protezione Civile) e i collaboratori in genere, compresi i minorenni, che prestano attività di supporto ai servizi comunali, come ad esempio:

a) accompagnatori nel servizio di trasporto scolastico e pedibus;
b) persone esplicanti il servizio di accoglienza, sorveglianza e custodia degli alunni che sono presenti nell'ambito scolastico prima dell'inizio delle lezioni e dopo il termine delle stesse;
c) addetti alla vigilanza ed alla regolazione del traffico nei pressi degli ambiti scolastici (es. nonni vigili);
d) persone in servizio presso la biblioteca e gli uffici comunali;
e) persone a supporto dell'allestimento e svolgimento di manifestazioni di carattere espositivo, sportivo, folcloristico, culturale, sociale;
f) addetti a servizi di pulizia, allestimento e smontaggio di addobbi natalizi anche con scala o piattaforma autocarrata;
g) addetti alla gestione della piazzola ecologica;
h) addetti all'accompagnamento e trasporto di anziani e/o disabili;
i) addetti alla manutenzione del verde pubblico e di edifici;
j) persone a supporto di attività culturali;
k) addetti alla custodia degli edifici;
l) addetti alla salatura e sgombero neve da marciapiedi e strade
m) persone a supporto di centri aggregativi a favore di minori e famiglie per le attività sociali, ludiche, formative.

Si intendono esclusi dalla presente copertura tutti coloro che godono di altre coperture assicurative stipulate dall'Assicurato per la stessa attività.

Ambito di validità dell'assicurazione
L'assicurazione è prestata per gli infortuni subiti dagli Assicurati durante lo svolgimento dei servizi di pubblica utilità svolti a favore della cittadinanza.
Per l'identificazione degli Assicurati e delle menzionate attività per le quali è prestata l'assicurazione, farà fede la documentazione amministrativa tenuta dal Contraente.
Sono inclusi in garanzia gli infortuni verificatesi durante trasferimenti, viaggi e/o missioni effettuati a piedi o con qualsiasi mezzo di trasporto proprio, del Contraente o di Terzi (ad es. autovetture, ciclomotori, motocicli, velocipedi, natanti, etc.).
Sono compresi gli infortuni sofferti salendo o scendendo sui/dai mezzi di trasporto menzionati e durante le operazioni necessarie, in caso di fermata del veicolo, a riprendere la marcia.

Franchigie

Invalidità permanente	3% azzerata con invalidità uguale o superiore al 10%
Rimborso spese mediche	Euro 50,00
Inabilità temporanea	Giorni 5
Diaria per ricovero	Giorni 2
Diaria per gessatura	Giorni 2

Condizioni particolari operanti

4.1	Limitazione dell'assicurazione agli infortuni professionali o da attività specifiche	SI	
4.2	Rischio in itinere	SI	
4.3	Malattie professionali		NO
4.4	Danni estetici	SI	
4.5	Ernie	SI	
4.6	Rottura occhiali	SI	
4.7	Elevazione dell'indennità assicurata in caso di morte da aggressione		NO
4.8	Estensione alle aggressioni al di fuori dell'orario di svolgimento dell'attività		NO
4.9	Malattie tropicali	SI	
4.10	Rientro sanitario	SI	
4.11	Rimpatrio salma (valido in Italia e all'Estero)	SI	
4.12	Spese funerarie	SI	
4.13	Deroga ai limiti di età		NO
4.14	Assicurazione in base ai multipli delle retribuzioni		NO
4.15	Spese di trasporto casa-scuola/asilo		NO
4.16	Danneggiamento del vestiario		NO

4.17	Diaria da Day-Hospital		NO
4.18	HIV		NO

Elementi per il conteggio del premio
Il premio annuo lordo viene determinato in base al numero massimo di Assicurati che contemporaneamente svolgono attività per il Contraente.

E – CONDUCENTI DI VEICOLI DI PROPRIETÀ E USO DELL'ENTE

Assicurati
Tutte le persone autorizzate dal Contraente alla guida di mezzi di trasporto di proprietà del Contraente (intestati al P.R.A. al Contraente o di proprietà di terzi ma in uso esclusivo al Contraente stesso o dal medesimo utilizzati in locazione o comodato), a titolo meramente indicativo e non esaustivo: i dipendenti, gli Amministratori, il Segretario Comunale, il personale comandato da altri Comuni o Enti, i titolari di contratti di collaborazione o di incarichi a contratto, i lavoratori interinali e disciplinati dalla L. Biagi, i soggetti occupati in lavori socialmente utili, i volontari, le persone non in diretto rapporto di dipendenza con l'Amministrazione ma della cui opera essa si avvalga a qualsiasi titolo.
Si intendono comunque esclusi dalla presente copertura:
a) i lavoratori condannati in regime di sconto della pena con il lavoro;
b) tutte le persone incluse in altre categorie di polizza già coperte per il presente rischio.

Ambito di validità dell'assicurazione
L'assicurazione vale per gli infortuni sofferti dagli Assicurati durante la guida di mezzi di trasporto di proprietà del Contraente (intestati al P.R.A. al Contraente o di proprietà di terzi ma in uso esclusivo al Contraente stesso o dal medesimo utilizzati in locazione o comodato), per l'espletamento di compiti di servizio al di fuori dell'ufficio e limitatamente al tempo necessario per l'esecuzione delle prestazioni di servizio. Sono compresi gli infortuni sofferti salendo o scendendo sui/dai mezzi di trasporto menzionati e durante le operazioni necessarie, in caso di fermata del veicolo, a riprendere la marcia.
Per l'identificazione dei mezzi di trasporto per il cui utilizzo è prestata l'assicurazione, farà fede la documentazione amministrativa del Contraente. La garanzia è operante anche in occasione di missioni esterne svolte per conto di Enti presso i quali i menzionati assicurati siano comandati dal Contraente, anche per incarichi di reggenza o di supplenza, sempre che per tali incarichi siano considerati i corrispondenti elementi pattuiti per il computo del premio della presente sezione.

Franchigie

Invalidità permanente	3% azzerata con invalidità uguale o superiore al 10%
Rimborso spese mediche	Euro 50,00
Inabilità temporanea	Giorni 5
Diaria per ricovero	Giorni 2
Diaria per gessatura	Giorni 2

Condizioni particolari operanti

4.1	Limitazione dell'assicurazione agli infortuni professionali o da attività specifiche	SI	
4.2	Rischio in itinere		NO
4.3	Malattie professionali		NO
4.4	Danni estetici	SI	
4.5	Ernie	SI	
4.6	Rottura occhiali	SI	
4.7	Elevazione dell'indennità assicurata in caso di morte da aggressione		NO
4.8	Estensione alle aggressioni al di fuori dell'orario di svolgimento dell'attività		NO
4.9	Malattie tropicali	SI	
4.10	Rientro sanitario	SI	
4.11	Rimpatrio salma (valido in Italia e all'Estero)	SI	
4.12	Spese funerarie	SI	
4.13	Deroga ai limiti di età		NO
4.14	Assicurazione in base ai multipli delle retribuzioni		NO
4.15	Spese di trasporto casa-scuola/asilo		NO
4.16	Danneggiamento del vestiario		NO
4.17	Diaria da Day-Hospital		NO
4.18	HIV		NO

Elementi per il conteggio del premio
Il premio annuo lordo viene determinato in base al numero di veicoli di proprietà del Contraente o di proprietà di terzi ma in uso esclusivo al Contraente stesso o dal medesimo utilizzati in locazione o comodato.

F – CONDUCENTI DI VEICOLI PRIVATI

Assicurati
Tutte le persone autorizzate dal Contraente all'utilizzo di mezzi di trasporto di loro proprietà e/o di proprietà di terzi (non intestati al P.R.A. al Contraente o non di proprietà di terzi ma in uso esclusivo al Contraente stesso o dal medesimo utilizzati in locazione o comodato), a titolo meramente indicativo e non esaustivo: i dipendenti, gli Amministratori, il Segretario/Direttore generale del Contraente, il personale comandato da altri Comuni o Enti, i titolari di contratti di collaborazione o di incarichi a contratto, i lavoratori interinali e disciplinati dalla L. Biagi, i soggetti occupati in lavori socialmente utili, i volontari, le persone non in diretto rapporto di dipendenza con l'Amministrazione ma della cui opera essa si avvalga a qualsiasi titolo.
Si intendono comunque esclusi dalla presente copertura:
a) i lavoratori condannati in regime di sconto della pena con il lavoro;
b) tutte le persone incluse in altre categorie di polizza già coperte per il presente rischio.

Ambito di validità dell'assicurazione
L'assicurazione vale per gli infortuni sofferti dagli Assicurati durante la guida di mezzi di trasporto di loro proprietà e/o di proprietà di terzi (non intestati al P.R.A. al Contraente o non di proprietà di terzi ma in uso esclusivo al Contraente stesso o dal medesimo utilizzati in locazione o comodato), per l'espletamento di compiti di servizio al di fuori dell'ufficio e limitatamente al tempo necessario per l'esecuzione delle prestazioni di servizio. Sono compresi gli infortuni sofferti salendo o scendendo sui/dai mezzi di trasporto menzionati e durante le operazioni necessarie, in caso di fermata, a riprendere la marcia. Per l'identificazione dei mezzi di trasporto per il cui utilizzo è prestata l'assicurazione, farà fede la documentazione amministrativa del Contraente. La garanzia è operante anche in occasione di missioni esterne svolte per conto di Enti presso i quali i menzionati assicurati siano comandati dal Contraente, anche per incarichi di reggenza o di supplenza, sempre che per tali incarichi siano considerati i corrispondenti elementi pattuiti per il computo del premio della presente sezione.

Franchigie

Invalidità permanente	3% azzerata con invalidità uguale o superiore al 10%
Rimborso spese mediche	Euro 50,00
Inabilità temporanea	Giorni 5
Diaria per ricovero	Giorni 2
Diaria per gessatura	Giorni 2

Condizioni particolari operanti

4.1	Limitazione dell'assicurazione agli infortuni professionali o da attività specifiche	SI	
4.2	Rischio in itinere		NO
4.3	Malattie professionali		NO
4.4	Danni estetici	SI	
4.5	Ernie	SI	
4.6	Rottura occhiali	SI	
4.7	Elevazione dell'indennità assicurata in caso di morte da aggressione		NO
4.8	Estensione alle aggressioni al di fuori dell'orario di svolgimento dell'attività		NO
4.9	Malattie tropicali	SI	
4.10	Rientro sanitario	SI	
4.11	Rimpatrio salma (valido in Italia e all'Estero)	SI	
4.12	Spese funerarie	SI	
4.13	Deroga ai limiti di età		NO
4.14	Assicurazione in base ai multipli delle retribuzioni		NO
4.15	Spese di trasporto casa-scuola/asilo		NO
4.16	Danneggiamento del vestiario		NO
4.17	Diaria da Day-Hospital		NO
4.18	HIV		NO

Elementi per il conteggio del premio
Il premio annuo lordo viene determinato in base alla percorrenza chilometrica coperta.

Nota:
Ai fini del conteggio del premio annuo definitivo della presente categoria, il parametro variabile della percorrenza chilometrica verrà considerato integralmente, come pure la differenza di premio conseguente, che pertanto dovrà essere corrisposta dalla parte debitrice per intero.

G – BAMBINI FREQUENTANTI ASILO E NIDO

Assicurati
I bambini e gli alunni durante la partecipazione alle attività del servizio di asilo e nido che comprendono attività didattica, educativa, culturale, ricreativa, ludica, sportiva e durante la refezione, nonché di ogni altra attività organizzata dall'Ente/Contraente anche se affidate in gestione a terzi, ivi comprese quelle effettuate all'esterno o in locali di terzi allo scopo didattico, ricreativo e fisico-motorio, purché accompagnati e sotto la sorveglianza di personale preposto.
Le attività possono comprendere anche uscite, visite guidate e gite, a piedi o con i mezzi comunali e/o di terzi.
A parziale deroga dell'art. 3.2 "Persone non assicurabili" si intendono assicurate anche le persone affette da infermità mentali che incidono sulla capacità di intendere e di volere.

Ambito di validità dell'assicurazione
La garanzia è prestata anche per gli infortuni occorsi agli Assicurati durante il tragitto casa-scuola e viceversa sia che avvenga a piedi o qualunque altro mezzo, in quanto necessario per raggiungere l'asilo o il nido, compresi gli infortuni avvenuti nell'atto di salire o di scendere dai mezzi suddetti.
È compreso nell'assicurazione il rischio relativo alle uscite e viaggi collettivi dal luogo di raccolta e viceversa, organizzati dal Contraente e compiuti con normali mezzi di locomozione.
Per l'identificazione degli Assicurati e delle menzionate attività per le quali è prestata l'assicurazione, farà fede la documentazione amministrativa tenuta dal Contraente.

Franchigie

Invalidità permanente	3% azzerata con invalidità uguale o superiore al 10%
Rimborso spese mediche	Euro 50,00
Inabilità temporanea	Giorni 5
Diaria per ricovero	Giorni 2
Diaria per gessatura	Giorni 2

Condizioni particolari operanti

4.1	Limitazione dell'assicurazione agli infortuni professionali o da attività specifiche	SI	
4.2	Rischio in itinere		NO
4.3	Malattie professionali		NO
4.4	Danni estetici	SI	
4.5	Ernie	SI	
4.6	Rottura occhiali	SI	
4.7	Elevazione dell'indennità assicurata in caso di morte da aggressione		NO
4.8	Estensione alle aggressioni al di fuori dell'orario di svolgimento dell'attività		NO
4.9	Malattie tropicali	SI	
4.10	Rientro sanitario	SI	
4.11	Rimpatrio salma (valido in Italia e all'Estero)	SI	
4.12	Spese funerarie	SI	
4.13	Deroga ai limiti di età		NO
4.14	Assicurazione in base ai multipli delle retribuzioni		NO
4.15	Spese di trasporto casa-scuola/asilo	SI	
4.16	Danneggiamento del vestiario		NO
4.17	Diaria da Day-Hospital		NO
4.18	HIV		NO

Elementi per il conteggio del premio
Il premio annuo lordo viene determinato in base al numero di Assicurati.

H – PARTECIPANTI ALLA GIORNATA ECOLOGICA

Assicurati
I partecipanti alla giornata ecologica organizzata per pulire l'ambiente.

Ambito di validità dell'assicurazione
L'assicurazione è prestata per gli infortuni che possano occorrere agli Assicurati durante la partecipazione alla giornata ecologica organizzata per pulire l'ambiente.
Per l'identificazione degli Assicurati e delle menzionate attività per le quali è prestata l'assicurazione, farà fede la documentazione amministrativa tenuta dal Contraente.

Franchigie

Invalidità permanente	3% azzerata con invalidità uguale o superiore al 10%
Rimborso spese mediche	Euro 50,00
Inabilità temporanea	Giorni 5
Diaria per ricovero	Giorni 2
Diaria per gessatura	Giorni 2

Condizioni particolari operanti

4.1	Limitazione dell'assicurazione agli infortuni professionali o da attività specifiche	SI	
4.2	Rischio in itinere		NO
4.3	Malattie professionali		NO
4.4	Danni estetici	SI	
4.5	Ernie	SI	
4.6	Rottura occhiali	SI	
4.7	Elevazione dell'indennità assicurata in caso di morte da aggressione		NO
4.8	Estensione alle aggressioni al di fuori dell'orario di svolgimento dell'attività		NO
4.9	Malattie tropicali	SI	
4.10	Rientro sanitario	SI	
4.11	Rimpatrio salma (valido in Italia e all'Estero)	SI	
4.12	Spese funerarie	SI	
4.13	Deroga ai limiti di età		NO
4.14	Assicurazione in base ai multipli delle retribuzioni		NO
4.15	Spese di trasporto casa-scuola/asilo		NO
4.16	Danneggiamento del vestiario		NO
4.17	Diaria da Day-Hospital		NO
4.18	HIV		NO

Elementi per il conteggio del premio
Il premio annuo lordo viene determinato in base al numero di Assicurati.

I – PARTECIPANTI A CORSI ORGANIZZATI DAL CONTRAENTE

Assicurati
I partecipanti ai corsi ricreativi, sportivi e culturali, divulgativi e simili organizzati dal Contraente.

Ambito di validità dell'assicurazione
L'assicurazione è prestata per gli infortuni che possano occorrere agli Assicurati durante la partecipazione alle attività ricreative, sportive e culturali, divulgative e simili organizzate dal Contraente, limitatamente alla permanenza e partecipazione all'attività stessa, inclusi eventuali trasferimenti, con qualsiasi mezzo, facenti parte della medesima.
Per l'identificazione degli Assicurati e delle menzionate attività per le quali è prestata l'assicurazione, farà fede la documentazione amministrativa tenuta dal Contraente.

Franchigie

Invalidità permanente	3% azzerata con invalidità uguale o superiore al 10%
Rimborso spese mediche	Euro 50,00
Inabilità temporanea	Giorni 5
Diaria per ricovero	Giorni 2
Diaria per gessatura	Giorni 2

Condizioni particolari operanti

4.1	Limitazione dell'assicurazione agli infortuni professionali o da attività specifiche	SI	
4.2	Rischio in itinere		NO
4.3	Malattie professionali		NO
4.4	Danni estetici	SI	
4.5	Ernie	SI	
4.6	Rottura occhiali	SI	
4.7	Elevazione dell'indennità assicurata in caso di morte da aggressione		NO
4.8	Estensione alle aggressioni al di fuori dell'orario di svolgimento dell'attività		NO
4.9	Malattie tropicali	SI	
4.10	Rientro sanitario	SI	
4.11	Rimpatrio salma (valido in Italia e all'Estero)	SI	
4.12	Spese funerarie	SI	
4.13	Deroga ai limiti di età		NO
4.14	Assicurazione in base ai multipli delle retribuzioni		NO
4.15	Spese di trasporto casa-scuola/asilo		NO
4.16	Danneggiamento del vestiario		NO
4.17	Diaria da Day-Hospital		NO
4.18	HIV		NO

Elementi per il conteggio del premio
Il premio annuo lordo viene determinato in base al numero di Assicurati.

L – PARTECIPANTI A EVENTI ORGANIZZATI DAL CONTRAENTE

Assicurati
I partecipanti a manifestazioni, eventi e simili promossi dal Contraente.

Ambito di validità dell'assicurazione
L'assicurazione è prestata per gli infortuni che possano occorrere agli Assicurati durante la partecipazione a manifestazioni, eventi e simili promossi dal Contraente, limitatamente alla permanenza e partecipazione all'attività stessa, inclusi eventuali trasferimenti, con qualsiasi mezzo, facenti parte della medesima.
Per l'identificazione degli Assicurati e delle menzionate attività per le quali è prestata l'assicurazione, farà fede la documentazione amministrativa tenuta dal Contraente.

Franchigie

Invalidità permanente	3% azzerata con invalidità uguale o superiore al 10%
Rimborso spese mediche	Euro 50,00
Inabilità temporanea	Giorni 5
Diaria per ricovero	Giorni 2
Diaria per gessatura	Giorni 2

Condizioni particolari operanti

4.1	Limitazione dell'assicurazione agli infortuni professionali o da attività specifiche	SI	
4.2	Rischio in itinere		NO
4.3	Malattie professionali		NO
4.4	Danni estetici	SI	
4.5	Ernie	SI	
4.6	Rottura occhiali	SI	
4.7	Elevazione dell'indennità assicurata in caso di morte da aggressione		NO
4.8	Estensione alle aggressioni al di fuori dell'orario di svolgimento dell'attività		NO
4.9	Malattie tropicali	SI	
4.10	Rientro sanitario	SI	
4.11	Rimpatrio salma (valido in Italia e all'Estero)	SI	
4.12	Spese funerarie	SI	
4.13	Deroga ai limiti di età		NO
4.14	Assicurazione in base ai multipli delle retribuzioni		NO
4.15	Spese di trasporto casa-scuola/asilo		NO
4.16	Danneggiamento del vestiario		NO
4.17	Diaria da Day-Hospital		NO
4.18	HIV		NO

Elementi per il conteggio del premio
Il premio annuo lordo viene determinato in base al numero di Assicurati.

M – SERVIZIO CIVILE NAZIONALE

Assicurati
I volontari impiegati nei progetti di Servizio Civile Nazionale.

Ambito di validità dell'assicurazione
L'assicurazione vale esclusivamente per gli infortuni che possono occorrere per causa e durante lo svolgimento delle attività cui gli Assicurati sono assegnati dall'Ente.
Per l'identificazione degli Assicurati e delle menzionate attività per le quali è prestata l'assicurazione, farà fede la documentazione amministrativa tenuta dal Contraente.
Sono inclusi in garanzia gli infortuni verificatesi durante trasferimenti, viaggi e/o missioni effettuati a piedi o con qualsiasi mezzo di trasporto proprio, del Contraente o di Terzi (ad es. autovetture, ciclomotori, motocicli, velocipedi, natanti, etc.).
Sono compresi gli infortuni sofferti salendo o scendendo sui/dai mezzi di trasporto menzionati e durante le operazioni necessarie, in caso di fermata del veicolo, a riprendere la marcia.

Franchigie

Invalidità permanente	Nessuna
Rimborso spese mediche	Euro 50,00
Inabilità temporanea	Giorni 5
Diaria per ricovero	Giorni 2
Diaria per gessatura	Giorni 2

Condizioni particolari operanti

4.1	Limitazione dell'assicurazione agli infortuni professionali o da attività specifiche	SI	
4.2	Rischio in itinere	SI	
4.3	Malattie professionali		NO
4.4	Danni estetici	SI	
4.5	Ernie	SI	
4.6	Rottura occhiali	SI	
4.7	Elevazione dell'indennità assicurata in caso di morte da aggressione		NO
4.8	Estensione alle aggressioni al di fuori dell'orario di svolgimento dell'attività		NO
4.9	Malattie tropicali	SI	
4.10	Rientro sanitario	SI	
4.11	Rimpatrio salma (valido in Italia e all'Estero)	SI	
4.12	Spese funerarie	SI	
4.13	Deroga ai limiti di età		NO
4.14	Assicurazione in base ai multipli delle retribuzioni		NO
4.15	Spese di trasporto casa-scuola/asilo		NO
4.16	Danneggiamento del vestiario		NO
4.17	Diaria da Day-Hospital		NO
4.18	HIV		NO

Elementi per il conteggio del premio
Il premio annuo lordo viene determinato in base al numero massimo di Assicurati che contemporaneamente svolgono attività per il Contraente.

7 - CLAUSOLE DA APPROVARE ESPLICITAMENTE PER ISCRITTO

Ad ogni effetto di legge, nonché ai sensi dell'art. 1341 c.c., il Contraente e la Società dichiarano di approvare specificatamente le disposizioni degli articoli seguenti delle Condizioni di Assicurazione:

1.3 Decorrenza della garanzia e pagamento del premio;
1.4 Durata del contratto;
1.5 Recesso in caso di sinistro;
1.7 Assicurazioni presso diversi assicuratori;
1.10 Foro competente;
1.12 Clausola broker;
1.15 Tracciabilità dei flussi finanziari.

La Società | Il Contraente

_____ _____

SCHEDA DI COPERTURA
(costituente parte integrante del presente capitolato)

Contraente/Assicurato	Comune di Borgomanero Corso Cavour 16 28021 - Borgomanero (NO) P.I. 00426580031 - C.F. 82001370038
Rischio assicurato	Infortuni cumulativa
Data di decorrenza	Ore 24.00 del 31/12/2026
Data di scadenza	Ore 24.00 del 31/12/2031
Frazionamento	Annuale
Rate intermedie	Il 31/12 di ogni annualità

Calcolo del premio

Categoria		Tipo dato variabile	Dato variabile (base iniziale)	Capitale Morte (€)	Capitale IP (€)	Capitale RSM (€)	Capitale IT (€)	Capitale Ricovero (€)	Capitale Gesso (€)	Premio unitario (€)	Premio annuo lordo (€)
A	Amministratori (solo giunta)	n. assicurati	6	250.000	350.000	3.000	---	---	---		
B	Segretario Comunale	n. assicurati	1	150.000	250.000	3.000	100	---	---		
C	Volontari della Protezione Civile	n. assicurati	12	520.000	520.000	15.000	75	52	52		
D	Volontari e collaboratori in genere	n. assicurati	21	150.000	250.000	3.000	---	---	---		
E	Conducenti di veicoli di proprietà e uso dell'Ente	n. veicoli	30	150.000	250.000	3.000	---	---	---		
F	Conducenti di veicoli privati	km percorsi	1.500	150.000	250.000	3.000	---	---	---		
G	Bambini frequentanti asilo nido e scuola dell'infanzia	n. assicurati	46	75.000	75.000	3.000	---	---	---		
H	Partecipanti alla giornata ecologica	n. assicurati	50	75.000	100.000	5.000	---	---	---		
I	Partecipanti a corsi organizzati dal Contraente	n. assicurati	1	50.000	50.000	3.000	---	---	---		
L	Partecipanti a eventi organizzati dal Contraente	n. assicurati	1	50.000	50.000	3.000	---	---	---		
M	Servizio Civile Nazionale	n. assicurati	2	150.000	250.000	3.000	---	---	---		
Premio annuo lordo totale (Euro)											

La Società

Il Contraente