

**CAPITOLATO SPECIALE
PER L'ASSICURAZIONE DI VARI RISCHI IN FAVORE
DI ENTI PUBBLICI E PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI
COL *Sistema Pro.Mo.F.In.A.***

utilizzato da:

COMUNE DI BENEVAGIENNA (CN)

STRALCIO PER IL LOTTO C) PERSONE

il Sistema Pro.Mo.F.In.A.® è un progetto realizzato, promosso e gestito da
Pro.Mo.F.In.A.

©04/2000

aggiornamento 06/2006

INDICE

CAPITOLO 01	DEFINIZIONI - DESCRIZIONE DELL'ATTIVITA'	
	sezione a) definizioni	<i>pag. 03</i>
	sezione b) descrizione dell'attività	<i>pag. 06</i>
CAPITOLO 02	NORME CHE REGOLANO LA CONVENZIONE	
	sezione a) oggetto, struttura e durata	<i>pag. 08</i>
	sezione b) norme di funzionamento	<i>pag. 09</i>
	sezione c) condizioni generali di assicurazione	<i>pag. 12</i>

* * * * *

LOTTO C) PERSONE

CAPITOLO 09	ASSICURAZIONE INFORTUNI	
	sezione a) assicurazione infortuni generale	<i>pag. 15</i>
	sezione b) assicurazione infortuni utenti scuole	<i>pag. 20</i>

* * * * *

CAPITOLO 16	DEI SINISTRI	
	sezione a) dei sinistri in generale	<i>pag. 24</i>
	sezione d) sinistri infortuni	<i>pag. 25</i>

§ § § § §

CAPITOLO 01
SEZIONE A: DEFINIZIONI

01.01. APPARECCHIO GESSATO

Mezzo di contenzione costituito da fasce gessate o qualsiasi altro apparecchio, strumento o metodo che l'evoluzione scientifica, tecnica e medico-chirurgica consigliano o consentono di utilizzare a fini immobilizzanti ed applicati in Istituto di cura.

01.02. ASSICURATO

E' il soggetto fisico o giuridico in favore del quale viene prestata la garanzia assicurativa ed il cui interesse è tutelato dall'assicurazione.

01.03. ASSICURAZIONE

E' il contratto di assicurazione.

01.04. BENEFICIARI

La/e persona/e designata/e in polizza a riscuotere l'indennizzo. In assenza di designazione specifica i beneficiari saranno gli eredi legittimi o testamentari.

01.05. BROKER

P.A. INSURANCE BROKER S.r.l. con sede in TORINO.

01.06. CALAMITA' NATURALI

Sono: terremoto, inondazioni, alluvioni e allagamenti, eccesso di precipitazioni nevose, valanghe, slavine.

01.07. COMPAGNIA

E' l'impresa assicuratrice, ovvero REALE MUTUA ASSICURAZIONI S.p.A.

01.08. CONSULENTE

Pro.Mo.F.In.A. (Progetti, Modelli, Formazione ed Infortunistica Assicurative) di Fausto Davolio con sede in Reggio Emilia.

01.10. CONTRAENTE

E' il soggetto fisico o giuridico che stipula il contratto, intrattiene i rapporti con la Compagnia ed adempie gli obblighi previsti dal contratto stesso (salvo quelli che per loro natura incombono all'Assicurato), incluso il pagamento dei premi.

Nella fattispecie Contraente è sinonimo di Ente e/o Pubblica Amministrazione.

01.16. DAY HOSPITAL

Struttura sanitaria avente posti letto per degenza diurna, autorizzata ad erogare prestazioni chirurgiche o terapie mediche eseguite da medici specialisti, con redazione di cartella clinica.

01.17. ENTE

E' la Pubblica Amministrazione. Sinonimo nella fattispecie di Contraente.

01.19. ESPLOSIONE

Sviluppo di gas o vapori ad alta temperatura e pressione dovuto a reazione chimica che si autopropaga ad elevata velocità.

01.20. EVENTI ATMOSFERICI

Sono: uragani, bufere, tempeste, trombe d'aria, grandine e forza del vento, compreso il bagnamento direttamente causato dalla violenza di detti eventi.

01.21. EVENTI SOCIOPOLITICI

Sono: scioperi, sommosse, tumulti popolari, saccheggio, atti vandalici e dolosi in genere, terrorismo e sabotaggio organizzato.

01.27. IMPLOSIONE

Repentino cedimento (inclusi lo schiacciamento e la rottura) di contenitori per carenza di pressione interna o eccesso di pressione esterna.

01.28. INCENDIO

Combustione con fiamma di beni materiali al di fuori di appropriato focolare, che può autoestendersi e propagarsi.

01.29. INDENNIZZO

E' la somma dovuta dalla Compagnia all'Assicurato e/o al Contraente in caso di sinistro.

01.30. INFORTUNIO

E' l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, un'invalidità permanente od un'inabilità temporanea.

01.32. INVALIDITA' PERMANENTE

E' la diminuzione o perdita definitiva ed irrimediabile della generica capacità dell'assicurato a svolgere un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dall'attività esercitata.

01.33. ISTITUTO DI CURA

Istituto universitario, Ospedale, Casa di cura, Day Hospital che siano regolarmente autorizzati all'erogazione dell'assistenza ospedaliera. Non sono convenzionalmente considerati Istituto di cura gli stabilimenti termali e le strutture che hanno prevalenti finalità dietologiche.

01.37. MALATTIA

E' ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

01.40. PERIODO DI ASSICURAZIONE

E' ogni periodo di dodici mesi o frazione d'anno nel corso della durata della polizza, coincidente con la data di inizio e quella di scadenza.

01.41. POLIZZA

E' il documento che riferendosi al contratto di assicurazione - da cui dipende e di cui rappresenta l'emanazione operativa - prova l'assicurazione.

01.42. PREMIO

E' la somma dovuta dal Contraente alla Compagnia.

01.45. RAPINA

E' la sottrazione di cose mediante violenza alla persona e/o minaccia.

01.47. RICOVERO

Permanenza in Istituto di cura con pernottamento. La degenza in regime di Day Hospital è parificata al ricovero.

01.48. RISARCIMENTO

E' la somma dovuta dalla Compagnia a terzi in caso di sinistro.

01.49. RISCHIO

E' la probabilità che si verifichi un sinistro in relazione all'attività svolta dall'Assicurato e/o dal Contraente e l'entità dei danni che possono derivarne.

01.50. SCIPPO (ovvero FURTO CON STRAPPO)

E' il furto commesso strappando la cosa di mano o di dosso alla persona che la detiene.

01.51. SCOPPIO

Repentino dirompersi di contenitori per eccesso di pressione interna di fluidi non dovuto ad esplosione. Gli effetti del gelo e del "colpo d'ariete" non sono considerati scoppio.

01.52. SINISTRO

Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è stipulata l'assicurazione.

Per analogia è anche la richiesta di risarcimento inviata all'Assicurato e/o al Contraente.

01.55. SPESE MEDICHE

Agli effetti della presente assicurazione si intende per "spese mediche" il rimborso delle spese effettivamente sostenute dall'Assicurato - o da chi per lui - relativamente a:

- a) spese mediche, farmaceutiche, cliniche;
- b) esami di laboratorio
- c) cure e terapie
- d) interventi chirurgici
- e) ricovero in ospedali o cliniche anche non convenzionate qualora l'infortunio sia avvenuto in località non dotata di presidi sanitari pubblici e/o convenzionati, ovvero in tutti i casi di obiettivo impedimento e/o di comprovate ed immediate esigenze di ordine terapeutico.

01.58. TERREMOTO

Brusco sommovimento della crosta terrestre dovuto a causa endogena.

Si considera un unico evento l'insieme delle scosse telluriche susseguitesi nell'arco di 72 ore dalla prima.

* * * *

CAPITOLO 01
SEZIONE B: DESCRIZIONE DELL'ATTIVITA' ASSICURATA
(rischio base assicurato)

L'attività assicurata consiste nell'esercizio di un'Amministrazione Comunale che, nell'ambito, con le forme ed i modi delle disposizioni di legge, esercita tutte le attività, competenze e funzioni istituzionalmente previste, tanto per propria autonomia statutaria e potestà regolamentare, quanto per attribuzione, delega o trasferimento dello Stato o della Regione.

A titolo esemplificativo e non riduttivo si evidenzia (riportandolo dal D.lg. N° 267 del 18.08.2000 - "testo unico dell'ordinamento delle leggi sulle autonomie locali") che:

Il Comune è l'Ente locale che rappresenta la propria comunità, ne cura gli interessi e ne promuove lo sviluppo.

I Comuni hanno autonomia statutaria, normativa, organizzativa ed amministrativa, nonché autonomia impositiva e finanziaria nell'ambito dei propri statuti e regolamenti e delle leggi di coordinamento della finanza pubblica.

I Comuni sono titolari di funzioni proprie e di quelle conferite loro con legge dello Stato e della regione, secondo il principio della sussidiarietà. I Comuni svolgono le loro funzioni anche attraverso le attività che possono essere adeguatamente esercitate dalla autonoma iniziativa dei cittadini e delle loro formazioni sociali.

Spettano al Comune tutte le funzioni amministrative che riguardano la popolazione ed il territorio comunale, precipuamente nei settori organici dei servizi sociali, dell'assetto e utilizzazione del territorio e dello sviluppo economico.

Il Comune gestisce i servizi elettorali, di anagrafe, di stato civile, di statistica e leva militare.

Il Comune provvede alla gestione dei servizi pubblici che abbiano per oggetto produzione di beni ed attività rivolte a realizzare fini sociali e a promuovere lo sviluppo economico e civile della propria comunità.

Agli effetti della copertura assicurativa, pertanto, si da' e prende atto che il Comune:

A) POSSIEDE E/O UTILIZZA E/O CUSTODISCE

1. Beni immobili per destinazione, uso e natura, quali: aree, terreni, strade, bacini, insediamenti, infrastrutture e fabbricati. Questi ultimi sono di normale costruzione e copertura, con relative pertinenze, dipendenze, tettoie, passaggi coperti e quant'altro di inerente, senza limitazioni di titolo, destinazione o caratteristiche costruttive.
2. Beni mobili, iscritti o meno a pubblici registri, inclusi: impianti, macchine, macchinari, attrezzature, arredamento, mobilio e, più in generale, tutto ciò che - non rientrando nell'accezione di "bene immobile" - costituisce dotazione e pertinenza del Comune, connesso ed occorrente al funzionamento del Comune medesimo ed alla prestazione, da parte di questi, dei servizi erogati. Tali beni possono trovarsi sia sottotetto a fabbricati che all'aperto, in aree di pertinenza o disponibilità del Comune.
3. Beni immateriali, quali: software per sistemi di elaborazione dati e simili; marchi, stampi e modelli; più in generale tutto ciò che - pur non essendo legato alla materialità delle cose - rappresenti un valore.
4. Prodotti - chimici e non -, scorte, materiali di consumo, ricambi e quant'altro utile e/o necessario per il funzionamento del Comune nell'insieme delle proprie molteplici attività e che non sia individuabile nei punti precedenti.

B) ESERCITA

attività di progettazione, concessione, produzione, erogazione, esecuzione, gestione, costruzione, manutenzione, organizzazione e sperimentazione di: beni, servizi in genere, impianti, infrastrutture, tanto in economia che mediante affidamento a terzi. Il tutto impiegando le macchine, i macchinari, le attrezzature, le dotazioni, gli strumenti, l'arredamento, i materiali, i sistemi ed i ritrovati che l'evoluzione tecnica, culturale e scientifica, nonché gli usi e la tradizione, consentono o consigliano di adottare, nessuno escluso né eccettuato.

C) SI AVVALE

normalmente di prestazioni di lavoro subordinato. Secondo vigenza di disposizioni può anche ricorrere:

- all'opera di giovani che prestano il servizio civile, sostitutivo del servizio militare di leva;
- al volontariato nelle sue varie forme;
- a collaborazioni esterne ad alto contenuto di professionalità;
- alle prestazioni degli "addetti ai servizi socialmente utili";
- a convenzioni con Amministrazioni Pubbliche e - ove ammesso - privati, per l'utilizzazione di persone da esse dipendenti o della cui opera essi si avvalgano legittimamente.

§ § § § §

CAPITOLO 02

SEZIONE A: OGGETTO, STRUTTURA E DURATA

02.01. - OGGETTO.

Scopo del presente capitolato speciale è di riunire in un solo documento assicurativo appositamente predisposto i tipi di rischio indicati in sommario che il Contraente intende trasferire all'assicuratore.

Il capitolato speciale definisce contrattualmente l'intendimento delle parti; regola i termini della cessione di rischio dall'Assicurato alla Compagnia; determina i limiti di indennizzo e/o risarcimento tanto per le garanzie quanto per i capitali, massimali o somme assicurate; stabilisce ogni altra modalità di funzionamento e di operatività.

02.02. - STRUTTURA.

Il presente capitolato speciale è suddiviso in: Sommario e 16 capitoli per argomenti omogenei.

Ciascun capitolo è a sua volta ripartito in sezioni particolareggiate quando lo richiedano l'importanza, la vastità di trattazione e la chiarezza di esposizione.

Le garanzie assicurative vere e proprie - ferma restando la suddivisione in capitoli - sono poi raggruppate nei seguenti "lotti", ovvero in macro-segmenti rientranti in un concetto univoco e utile agli effetti dell'aggiudicazione dei servizi assicurativi in favore dell'Ente:

LOTTO A: PATRIMONIO

LOTTO B: VEICOLI

LOTTO C: PERSONE

LOTTO D: RESPONSABILITA' CIVILI - TUTELA GIUDIZIARIA

Dal capitolato, documento unico ed unitario, dipendono le polizze di assicurazione vere e proprie ed ogni altro modulo occorrente e funzionale a dare concreta attuazione alle norme qui contenute.

La presente costituisce stralcio relativamente al LOTTO C) PERSONE.

02.03. - DURATA.

Si conviene che le polizze dipendenti dal presente capitolato abbiano la durata di anni TRE , con decorrenza dal **28.02.2010** e scadenza alle ore 24 del **28.02.2013**, senza tacito rinnovo.

La scadenza ricorrente annua viene fissata al **28 FEBBRAIO**.

Resta inteso che qualora cessasse il mandato al Consulente e questi - titolare dei diritti di copyright sul testo - non acconsentisse al suo mantenimento in vigore, il capitolato e le polizze che da esso dipendono verranno annullate a far tempo dalla prima scadenza ricorrente annua successiva alla cessazione del rapporto tra il Contraente ed il Consulente.

02.04. - LEGITTIMAZIONE.

L'Ente ha approvato il presente capitolato speciale con provvedimento dell'organo amministrativo valida ed adottata nel rispetto delle vigenti disposizioni.

* * * * *

CAPITOLO 02

SEZIONE B: NORME DI FUNZIONAMENTO

02.05. - CAMPO DI APPLICAZIONE.

Le norme che seguono, fino alla conclusione del capitolo, hanno valore per tutto il capitolato.

02.06. - MODULISTICA.

Formano parte integrante del capitolato i moduli riportati in apposito fascicolo, così raggruppati:

1. schede tecniche di identificazione, analisi e valutazione dei rischi da trasferire all'assicuratore;
2. facsimile delle polizze di assicurazione;
3. documenti per la raccolta di dati e informazioni;
4. facsimile delle appendici di regolazione del premio;
5. moduli per la raccolta delle denunce di sinistro.

02.07. - CLAUSOLA DI CONSULENZA - FORMA DELLE COMUNICAZIONI.

Il Contraente dichiara di aver affidato mandato di consulenza e assistenza in materia di sinistri, rischi e coperture assicurative, inclusa la gestione del proprio programma assicurativo e quindi del presente capitolato, al Consulente (Pro.Mo.F.In.A.) e al Broker (P.A. Insurance Broker S.r.l.).

Al Broker spettano direttamente tutte le competenze previste dalla legge 792/84 e le fasi di risk management applicativo.

Il Consulente cura autonomamente la gestione dei sinistri, dopo la loro apertura a cura del Broker, ed il risk management di base.

Per lo svolgimento dell'incarico ricevuto, Consulente e Broker hanno istituito un "SERVIZIO COMUNE PER PRESTAZIONI DI CONSULENZA ED ASSISTENZA IN MATERIA DI SINISTRI, RISCHI E COPERTURE ASSICURATIVE."

Conseguentemente le parti convengono che tutti i rapporti inerenti il presente capitolato saranno svolti per conto del Contraente dal citato "servizio comune" predisposto da Consulente e Broker.

Per quanto concerne l'incasso dei premi di polizza, la regolazione verrà effettuata dal Contraente direttamente in favore della Compagnia, dando contestuale comunicazione dell'avvenuta emissione dei mandati al Broker. Questi diramerà alla Compagnia la comunicazione di copertura unendo copia dei mandati di pagamento.

Resta intesa l'efficacia liberatoria, anche ai termini dell'Art. 1901 del Codice Civile, del pagamento così effettuato.

Agli effetti dei termini fissati dalle condizioni di assicurazione, ogni comunicazione fatta alla Compagnia dal Consulente o dal Broker, nel nome e per conto dell'Assicurato e/o del Contraente, si intenderà come fatta dall'Assicurato e/o dal Contraente. Parimenti, ogni comunicazione fatta dall'Assicurato e/o dal Contraente al Consulente o al Broker si intenderà come fatta alla Compagnia, fermo restando l'obbligo di Consulente e Broker al pronto inoltro ad essa della comunicazione ricevuta. Analogamente dicasi per le comunicazioni diramate dalla Compagnia che saranno indirizzate al Consulente o al Broker e da questi trasmesse all'Assicurato e/o Contraente.

In tal senso si richiama espressamente il disposto dell'Art. 1705 del Codice Civile.

02.08. - FORMA E CRITERIO DELL'ASSICURAZIONE.

Premesso che

- a. nel concetto di *forma dell'assicurazione* rientrano le seguenti locuzioni:
 - valore intero
 - primo rischio assoluto
- b. nel concetto di *criterio dell'assicurazione* rientrano le seguenti locuzioni:
 - valore a nuovo
 - valore reale o allo stato d'uso.

le parti convengono che ciascun rischio venga trasferito con propri forma e criterio, secondo quando stabilito nei rispettivi capitoli e/o nelle schede tecniche che corredano il capitolato.

02.09. - TIPOLOGIA DELLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.

Le garanzie previste dal capitolato sono prestate:

K	nell'ambito delle somme indicate nelle rispettive polizze e per l'intera gamma delle prestazioni, se l'Assicurato indica nelle schede tecniche, di NON avere in corso altre assicurazioni per il rischio da garantire (cosiddetta assicurazione di primo rischio).
W	nell'ambito delle somme indicate nelle rispettive polizze e per le garanzie non previste dai contratti in corso, ma solo dopo l'esaurimento delle somme ivi assicurate, se l'Assicurato indica nelle schede tecniche di AVERE in corso altre assicurazioni per il rischio da garantire (cosiddetta assicurazione mista di secondo rischio e di primo rischio per differenza nelle condizioni).

Le schede tecniche contengono ogni informazione utile a determinare il contenuto delle altre assicurazioni esistenti.

02.10. - CRITERI PER LA DETERMINAZIONE DEL PREMIO.

Ciascuna scheda tecnica indica gli elementi ed i percorsi che l'assicuratore deve seguire per giungere alla determinazione del premio nell'ambito dei lotti prestabiliti.

02.11. - REGOLAZIONE DEL PREMIO.

Tutti i lotti in cui si suddivide il presente capitolato, ad eccezione dei capitoli 06, 12, 14 e 15, sono strutturati in modo che il premio convenuto sia calcolato sulla base dei seguenti elementi variabili:

LOTTO	RISCHIO	ELEMENTO VARIABILE
09/A	INFORTUNI	Numero amministratori; retribuzioni per dirigenti e dipendenti; giornate/presenza per le "altre persone".
09/B	INFORTUNI UTENTI SCUOLE	Numero utenti servizi scolastici

Il premio viene anticipato in via provvisoria secondo i conteggi esposti in polizza, ed è regolato alla fine di ogni annualità assicurativa o della minor durata contrattuale secondo le variazioni intervenute nel medesimo periodo.

A tale scopo il Contraente deve fornire alla Compagnia, entro i 90 giorni successivi la scadenza del periodo assicurativo o del contratto, tutti i dati necessari, secondo le indicazioni della precedente tabella.

Le differenze attive o passive risultanti dalla regolazione devono essere saldate entro 30 giorni dalla relativa comunicazione da parte della Compagnia.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati occorrenti ed il pagamento del conguaglio dovuto alla Compagnia, questa può fissargli un ulteriore termine non inferiore a 15 giorni, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto e garanzia di quello relativo all'annualità assicurativa per la quale non ha avuto luogo la regolazione od il pagamento del conguaglio, e l'assicurazione rimane sospesa fino alle ore 24 del giorno

in cui il Contraente abbia adempiuto ai propri obblighi, salvo il diritto - per la Compagnia - di agire giudizialmente o di dichiarare la risoluzione del contratto.

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio nei termini sopra citati, la Compagnia - fermo il diritto di agire giudizialmente - non è obbligata per le richieste di risarcimento presentate nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

La Compagnia ha il diritto di effettuare verifiche e controlli, per i quali il Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie.

02.12 - RISCHI A NUOVO - VARIAZIONI DI VALORE PER IL PATRIMONIO.

La prestazione assicurativa include automaticamente tutti i servizi prestati e/o le competenze a nuovo e/o gli insediamenti, impianti ed infrastrutture che il Contraente dovesse intraprendere, esercitare, gestire, costruire, acquisire, mantenere nel corso della validità del presente capitolato.

La Compagnia si impegna a ritenere in garanzia gli insediamenti ed i beni acquisiti e/o modificati nel corso dell'annualità assicurativa, senza obbligo della comunicazione da parte del Contraente ma con regolazione a fine anno sulla base delle variazioni di valore intervenute. Il premio di regolazione viene convenzionalmente determinato nel 50% di quello annuo risultante dal conguaglio.

Per l'annualità successiva a quella cui si riferisce la regolazione, la differenza tra il premio annuo inizialmente convenuto e quello risultante dalla regolazione medesima viene incassata/rimborsata in sede di regolazione.

Il premio delle annualità successive sarà quello risultante dall'ultima regolazione effettuata.

Quanto precede nei limiti del 30% delle somme assicurate nei singoli capitoli.

Ogni acquisizione e/o modifica che ecceda tali limiti dovrà formare oggetto di apposita pattuizione alle condizioni normative e di premio vigenti, salvo il caso dell'aggravamento di rischio per il quale le parti determineranno nuove specifiche condizioni di assicurazione.

02.13. - IDENTIFICAZIONE DI PERSONE E/O COSE ASSICURATE.

La compagnia rinuncia alla preventiva identificazione delle persone e delle loro condizioni psicofisiche, nonché delle cose assicurate.

Il Contraente dichiara tuttavia di essere in grado - in qualunque momento - di consentire l'identificazione delle persone e di dimostrare la qualità e quantità dei beni garantiti con documentazione probante, sia essa amministrativa, fiscale o di altra natura.

* * * * *

CAPITOLO 02
SEZIONE C: CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

02.14. - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DI RISCHIO.

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione (Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile).

02.15. - ALTRE ASSICURAZIONI.

Il Contraente deve comunicare alla Compagnia l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio. In caso di sinistro il Contraente deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri (Art. 1910 del Codice Civile).

02.16. - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE.

Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere provate per iscritto mediante appendice sottoscritta dalle parti.

02.17. - PAGAMENTO DEL PREMIO - DECORRENZA DELLA GARANZIA.

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° (trentesimo) giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento.

02.18. - AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO.

Il Contraente e/o l'Assicurato devono dare comunicazione alla Compagnia di ogni aggravamento del rischio.

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Compagnia possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la cessazione dell'assicurazione (Art. 1898 del Codice Civile).

02.19. - DIMINUZIONE DEL RISCHIO.

Nel caso di diminuzione del rischio la Compagnia è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successivi alla comunicazione del Contraente e/o dell'Assicurato (Art. 1897 del Codice Civile) e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Se la diminuzione del rischio interviene durante il periodo di assicurazione, la Compagnia rimborserà al Contraente - al netto delle imposte - la parte di premio relativa al periodo di minor rischio corso.

02.20. - CESSAZIONE DEL RISCHIO.

In caso di cessazione di rischio il contratto si scioglie (Art. 1896 del Codice Civile) e pertanto la singola polizza pertinente al rischio cessato viene annullata.

La Compagnia rimborserà al Contraente - al netto delle imposte - la parte di premio relativa al periodo di rischio non corso.

02.21. - BUONA FEDE.

Le omissioni, inesattezze e reticenze di cui ai precedenti Artt. 02.14. e 02.18. non pregiudicano il diritto dell'Assicurato alle prestazioni tutte di polizza, purché tali omissioni, inesattezze e reticenze siano avvenute in buona fede.

Il Contraente, tuttavia, si impegna a corrispondere alla Compagnia il maggior premio proporzionato al maggior rischio dovuto all'aggravamento, previa trattativa tra le parti con l'intervento del Consulente e del Broker.

02.22. - ASSICURAZIONE PER CONTO DI CHI SPETTA.

La presente polizza è stipulata dal Contraente in nome proprio e nell'interesse di chi spetta. In caso di sinistro, però, i terzi interessati non avranno alcuna ingerenza nella nomina dei periti da eleggersi dalla Compagnia e dall'Assicurato, né azione alcuna per impugnare la perizia, rimanendo stabilito e convenuto che le azioni, ragioni e diritti sorgenti dall'assicurazione stessa non possono essere esercitati che dall'Assicurato.

L'indennità che, a norma di quanto sopra, sarà stata liquidata in contraddittorio, non potrà essere versata se non con l'intervento, all'atto del pagamento, dei terzi interessati.

Il Contraente, mediante apposita documentazione probatoria di tipo amministrativo, individua gli interessi di terzi (beni e/o persone) che intende tutelare con le assicurazioni del presente capitolato speciale.

02.23. - VARIAZIONI NELLA FIGURA DEL CONTRAENTE.

In caso di variazione della personalità giuridica dell'Amministrazione Contraente per fusione, accorpamento, suddivisione o altri motivi - dipendenti o meno da prescrizioni legislative - i rapporti assicurativi dipendenti dal presente capitolato hanno efficacia fino al momento in cui la/e nuova/e Amministrazione/i, opportunamente costituita/e e legittimata/e, subentra in toto al Contraente.

Questi si impegna a comunicare alla Compagnia la prossima variazione entro 60 giorni dall'avvenuta delibera o dall'emanazione o promulgazione di provvedimenti, norme, leggi in base alle quali avviene la variazione.

Compagnia e Contraente/Assicurato si impegnano a rinegoziare il capitolato e tutti i rapporti esistenti nell'ambito della nuova realtà venutasi a creare.

Ove non fosse possibile la prosecuzione del rapporto, il capitolato e le polizze da essa dipendenti cesseranno al termine del periodo di assicurazione in corso al momento della variazione, fermo restando quanto pattuito in merito all'eventuale regolazione del premio.

02.24. - LIMITE MASSIMO DELL'INDENNIZZO.

Salvo i casi previsti dall'Art. 1914 del Codice Civile, per nessun titolo la Compagnia potrà essere tenuta a pagare una somma maggiore di quella assicurata.

02.25. - RINUNCIA ALLA RIVALSA.

La Compagnia rinuncia ad avvalersi del diritto di surroga spettante ai sensi dell'Art. 1916 del Codice Civile per sinistri dei quali fossero ritenuti responsabili l'Assicurato, i dipendenti del Contraente, gli Amministratori dell'Ente nonché tutti coloro che - indipendentemente da qualsiasi rapporto col Contraente medesimo - occupino locali e/o insediamenti, oppure esercitino attività, purché legittimamente autorizzati dallo stesso Contraente.

02.26. - RISCHI SEMPRE ESCLUSI.

Sono sempre esclusi i danni determinati da:

- ⇒ guerra, atti di guerra, invasione, occupazione militare, guerre civili, ribellione, rivoluzione;
- ⇒ esplosioni o radiazioni nucleari, contaminazioni radioattive, impiego di armi nucleari;
- ⇒ dolo dell'Assicurato e degli Amministratori del Contraente.

02.27. - PROROGA DELL'ASSICURAZIONE.

Ai sensi dell'Art. 23 della Legge 62 del 18.04.2005 l'assicurazione cessa alle ore 24 della scadenza fissata in polizza e non è soggetta a tacito rinnovo.

Tanto il Contraente quanto la Compagnia possono recedere dal contratto in occasione di ogni scadenza ricorrente annua con preavviso di 90 giorni.

02.28. - ONERI FISCALI.

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

02.29. - FORO COMPETENTE.

E' competente il foro dell'ordinaria giurisdizione.

02.30. - CLAUSOLA INTERPRETATIVA ESPRESSA.

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

In particolare Contraente e Compagnia si danno reciprocamente atto che - nell'ambito della prestazione assicurativa - vige il principio secondo il quale ciò che non è espressamente escluso rientra nell'operatività delle garanzie.

In caso di sinistro che possa risultare garantito in più capitoli (o in più sezioni di un medesimo capitolo) si conviene che esso verrà indennizzato secondo la clausola più specifica avendo riferimento alla tipologia di evento; le garanzie assimilabili interverranno solo dopo l'eventuale esaurimento dei limiti di indennizzo della garanzia specifica.

Analogamente si conviene che se il sinistro che possa risultare garantito in più capitoli (o in più sezioni di un medesimo capitolo) presenta limitazioni all'indennizzo diversificate in termini di franchigia e/o scoperto, si applicheranno un solo scoperto e/o una sola franchigia riferite alla clausola specifica per il tipo di evento.

Qualora la Compagnia, per esigenze organizzative interne legate all'informatica, si trovi nella necessità di emettere la polizza su proprio modello o stampato, si conviene che ciò è ammesso in aggiunta comunque alla modulistica del presente capitolato, che rimane la sola contrattualmente vincolante per le parti.

02.31. - CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI EX LEGE 31.12.1996 N°675 e D. Lgs. 196/2003.

Il consenso al trattamento dei dati personali sensibili di cui alle norme di legge avviene mediante sottoscrizione degli interessati (il Contraente all'atto della stipulazione della polizza, l'Assicurato in caso di sinistro) di:

1. nota informativa su stampato proprio della Compagnia
2. consenso al trattamento dei dati personali su modulo riportato nel fascicolo allegati.

02.32. - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE.

Per tutto ciò che non è diversamente regolato in polizza, valgono le norme di legge.

CAPITOLO 09
SEZIONE A) ASSICURAZIONE INFORTUNI

09.01. - IDENTIFICAZIONE DELL'ASSICURAZIONE.

Salvo le esclusioni di cui al successivo Art.09.02. e secondo le caratteristiche e prescrizioni di cui agli Artt.09.03. e seguenti, l'assicurazione vale per le seguenti persone che il Contraente ha obbligo e/o interesse ad assicurare: Amministratori, Segretario, dirigenti, dipendenti tutti, addetti servizio civile, volontari, addetti ai servizi socialmente utili, altre da individuare di volta in volta.

L'assicurazione vale esclusivamente per gli infortuni subiti dall'Assicurato nello svolgimento di attività, funzioni e/o mansioni in genere rientranti nel coacervo delle attività che più in generale il Contraente può legittimamente esercitare per propria autonomia statutaria e potestà regolamentare, nonché per delega o trasferimento dallo Stato o dalla Regione.

Si precisa pertanto che sono ammesse le mansioni esterne, la guida ed uso di velocipedi ed automotoveicoli in genere, il percorso compiuto per recarsi o rientrare dal servizio e l'uso come passeggero di aeromobili.

09.02. - RISCHI ESCLUSI.

L'assicurazione non vale per gli infortuni derivanti da:

- viaggi in qualità di passeggero su linee aeree non regolari;
- proprie azioni delittuose nonché partecipazione a imprese temerarie, salvo gli atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o legittima difesa.

09.03. - CASI E SOMME ASSICURATE.

Per ciascun Assicurato la Compagnia, salvo diversa pattuizione risultante in polizza, garantisce:

ORD.	CASO ASSICURATO	SOMME PROCAPITE PER AMMINISTRATORI	SOMME PROCAPITE PER SEGRETARIO, DIRIGENTI ECC.	SOMME PROCAPITE PER ALTRE PERSONE
H	morte	250.000,00	5 volte retribuzione annua lorda	5 volte retribuzione figurativa
J	invalidità permanente	250.000,00	6 volte retribuzione annua lorda	6 volte retribuzione figurativa
Q	Diaria per inabilità temporanea	Escluso	Escluso	50,00
K	diaria da ricovero	50,00	Escluso	50,00
Y	diaria da apparecchio gessato	50,00	Escluso	50,00
V	rimborso spese di trasporto dal luogo dell'infortunio al più vicino istituto di cura	2.000,00	Escluso	2.000,00
W	rimborso spese mediche quali definite nella sezione A)	10.000,00	Escluso	10.000,00
Z	condizioni particolari per dirigenti	Escluso	Compreso per dirigenti	Escluso

09.04. - PRECISAZIONI IN ORDINE ALLA GARANZIA.

⇒ Sono inclusi in garanzia anche gli infortuni dovuti a:

- a. imperizia, imprudenza o negligenza, anche gravi;
- b. aggressioni o atti violenti, qualunque ne sia il movente, sempre che l'Assicurato non vi abbia preso parte volontariamente.
- c. eventi catastrofali (terremoto, eruzioni vulcaniche, inondazioni e alluvioni).

⇒ L'assicurazione comprende inoltre:

- d. gli infortuni sofferti in stato di malore o incoscienza;
- e. l'asfissia non dipendente da malattia;
- f. l'avvelenamento acuto e le lesioni derivanti dall'ingestione o assorbimento di sostanze;
- g. l'annegamento, l'assideramento, il congelamento, la folgorazione, i colpi di sole o di calore o di freddo;
- h. le conseguenze di morsi o punture di animali.
- i. Rischio guerra.

⇒ L'assicurazione, relativamente agli Assicurati per cui non è previsto un capitale fisso, è prestata per ciascuna persona:

- j. in caso di morte per una somma corrispondente a 5 volte la retribuzione lorda annua, con un massimo capitale assicurato di € 500.000,00=;
- k. in caso di invalidità permanente per una somma corrispondente a 6 volte la retribuzione lorda annua, con un massimo capitale assicurato di . € 600.000,00=.
- l. per determinare la retribuzione lorda annua si prende a base di calcolo la cifra indicata dal Contraente - datore di lavoro agli effetti fiscali (modello CUD) per l'anno solare precedente l'infortunio. A tale importo si sommano le retribuzioni accessorie percepite dall'Assicurato in relazione a tutti gli istituti retributivi contrattuali, sia permanenti che variabili. Se, nel periodo intercorso tra il 31 dicembre dell'anno precedente e l'infortunio, l'Assicurato ha maturato il diritto a retribuzioni maggiori, per calcolare la retribuzione lorda annua si richiede al Contraente - datore di lavoro un'apposita dichiarazione che conterrà: qualifica e mansioni dell'Assicurato; retribuzione lorda annua; retribuzioni accessorie e tutto quanto costituisce o avrebbe costituito reddito imponibile agli effetti Irpef sulla scorta del contratto di lavoro dell'Assicurato.

⇒ Per gli assicurati che non si trovino alle dipendenze del Contraente, le parti convengono che le somme garantite debbano essere ragguagliate ad una retribuzione "figurativa" di € 25.000,00= annui, fermi restando i coefficienti moltiplicatori di cui al precedente punto.

⇒ Limitatamente alle "altre persone" assicurate di età inferiore ai 15 anni compiuti, la retribuzione figurativa di cui al comma precedente viene pattuita in € 15.000,00= annui.

⇒ In sede di regolazione premio il Contraente dovrà indicare:

- a) le retribuzioni lorde erogate al Segretario, ai dirigenti ed al personale dipendente nel periodo considerato;
- b) il numero di persone garantite per ciascuna delle altre categorie individuate in precedenza, evidenziando il numero delle giornate/presenza per le quali ha avuto luogo l'assicurazione.

La compagnia regolerà il premio conteggiando la retribuzione figurativa ottenuta in base ai dati sub b), sommandola alle retribuzioni effettive per segretario, dirigenti e dipendenti sub a). Il totale verrà moltiplicato per i tassi di premio convenuti per ciascuna "categoria"; dall'importo così ricavato si detrairà il premio anticipato.

⇒ La compagnia rinuncia alla preventiva identificazione delle persone e/o categorie assicurate. Il Contraente tuttavia dichiara che per ogni persona da tenere in garanzia diversa dal Segretario, dai dirigenti e dai dipendenti esistono atti e documenti ufficiali (delibere, ordinanze ed altri strumenti legislativi o aventi forza di legge) che possono comprovare la qualifica di "Assicurato".
Detti atti o documenti sono a disposizione della compagnia per verifiche e controlli anche in assenza di sinistro.
Resta inteso che in caso di sinistro che colpisca i non dipendenti alla denuncia dovrà essere allegato il provvedimento che giustifica la qualifica di Assicurato per l'infortunato.

09.06. - RESPONSABILITA' DEL CONTRAENTE.

La Compagnia assicura il Contraente per il caso in cui l'Assicurato o - in caso di morte - i suoi aventi diritto o solamente una parte di essi, non accettino a completa tacitazione dell'infortunio l'indennizzo liquidato a termini della presente polizza, ed avanzino nei confronti del Contraente medesimo maggiori pretese a titolo di responsabilità civile.

In tale ipotesi detto indennizzo viene accantonato ai fini del computo del risarcimento e la Compagnia risponde della maggiore somma che il Contraente fosse tenuto a pagare, fino a concorrenza di un ulteriore importo pari a quello dell'indennizzo stesso.

La garanzia non opera quando l'infortunio non è indennizzabile ai sensi di polizza e nel caso del cosiddetto "rischio volo".

09.07. - CRITERI DI INDENNIZZABILITA'.

La Compagnia corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio. Se al momento dell'infortunio l'Assicurato è affetto da menomazioni preesistenti di qualsiasi origine e tipologia, sono indennizzabili solamente le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

09.08. - CASO MORTE.

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

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello di invalidità permanente. Si conviene tuttavia che 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 Compagnia corrisponde ai beneficiari la differenza fra l'indennizzo pagato e la somma assicurata per il caso morte, ove questa risulti maggiore.

Qualora a seguito dell'infortunio la salma dell'Assicurato non venga ritrovata, la Compagnia liquida ai beneficiari la somma assicurata, non prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza di morte presunta, come previsto dagli Artt.60 e 62 del Codice Civile.

Se, dopo che la Compagnia ha pagato l'indennizzo, risulta che l'Assicurato è ancora in vita, la Compagnia medesima avrà diritto - entro 30 giorni dalla richiesta - alla restituzione da parte dei beneficiari della somma loro pagata.

Resta inteso che l'Assicurato avrà così diritto all'indennizzo previsto in polizza per altri casi eventualmente assicurati.

09.09. - INVALIDITA' PERMANENTE.

L'indennizzo per invalidità permanente è dovuto se essa si verifica entro due anni dal giorno dell'infortunio.

Il grado di invalidità permanente è accertato facendo riferimento alle percentuali stabilite dall'allegato 1 al D.P.R. 1124 del 30.06.1965, che si riporta in appendice alla presente polizza, e seguendo i criteri qui esposti:

- a. di detta tabella si utilizzano, ove previsto, le percentuali riferite alla sola parte destra, abolendo qualsiasi distinzione tra parti destra e sinistra del corpo.
- b. la perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se si tratta di minorazione, le percentuali previste dalla citata "tabella INAIL" vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.
- c. qualora l'infortunio determini menomazione di uno o più distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con criteri aritmetici fino a raggiungere, al massimo, il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso.
- d. 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%.
- e. nei casi di invalidità permanente non specificati dalla "tabella INAIL", l'indennizzo è stabilito in riferimento ai valori ed ai criteri sopraindicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della generica capacità lavorativa, indipendentemente dall'attività dell'Assicurato.
- f. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già menomati, nella valutazione del grado di invalidità permanente le percentuali di cui sopra sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile a beneficiari, eredi o aventi causa. Se tuttavia l'infortunato muore per cause indipendenti dalle lesioni subite dopo che l'indennizzo per invalidità permanente sia stato liquidato o comunque offerto in misura determinata, la Compagnia paga ai beneficiari l'importo liquidato od offerto.

Fino a concorrenza della somma assicurata di € 200000,00= la garanzia è prestata senza l'applicazione di alcuna franchigia.

Per somme assicurate comprese fra € 200.000,01= e €300.000,00= la garanzia è prestata con franchigia fissa pari al 5%.

Oltre la somma assicurata di € 300.000,01= la garanzia è prestata con franchigia fissa pari al 10%.

09.10. - DIARIA DA INABILITA' TEMPORANEA.

In caso di sinistro che determini un'inabilità temporanea, la Compagnia corrisponde la diaria assicurata fino ad un massimo di 365 giorni per infortunio. La diaria assicurata sarà indennizzata integralmente anche nel periodo in cui l'Assicurato può attendere parzialmente alle proprie occupazioni e fino al conseguimento della guarigione clinica.

Il primo e l'ultimo giorno saranno conteggiati come uno solo.

La diaria per il caso di inabilità temporanea è erogata dal momento dell'infortunio se non sono operanti le fattispecie di sinistro che implicino l'indennizzo della diaria da ricovero e/o da apparecchio gessato.

In questi casi la diaria per inabilità temporanea decorrerà dal momento in cui cesseranno gli indennizzi ivi previsti.

09.11. - DIARIA DA RICOVERO.

In caso di ricovero reso necessario dall'infortunio, la Compagnia corrisponde la diaria assicurata fino ad un massimo di 365 giorni per infortunio. Per i ricoveri in Istituto di cura si conteggeranno i pernottamenti, mentre per le degenze in regime di Day Hospital il primo e l'ultimo giorno saranno conteggiati come uno solo.

09.12. - DIARIA DA APPARECCHIO GESSATO.

Qualora, in conseguenza dell'infortunio, venga applicato "apparecchio gessato" (ved. definizione in capitolo 1) in un Istituto di Cura, la Compagnia corrisponde la diaria assicurata sino alla rimozione del mezzo di contenzione, anche per il periodo trascorso al di fuori dell'Istituto.

Il periodo massimo di indennizzo, comprensivo dell'indennità di cui al precedente punto 09.11., non può superare i 365 giorni per infortunio.

09.13. - RIMBORSO SPESE MEDICHE.

In caso di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza, la Compagnia rimborsa le spese mediche quali definite nel capitolo 1 fino alla concorrenza del massimale assicurato, dietro presentazione in originale della relativa documentazione.

09.14. - CUMULO DI INDENNITA'.

La diaria di ricovero, il rimborso delle spese di trasporto e di quelle mediche sono cumulabili fra loro e con qualsiasi altro caso garantito.

* * * * *

CAPITOLO 09
SEZIONE B) ASSICURAZIONE INFORTUNI
DEGLI UTENTI DEI SERVIZI SCOLASTICI E PARASCOLASTICI

09.15. - PREMESSA.

Il Comune, nel coacervo delle proprie attribuzioni istituzionali, statutarie e regolamentari, è chiamato a gestire - anche di concerto con il Ministero della Pubblica Istruzione - le attività scolastiche dell'istruzione obbligatoria di primo grado (scuole elementari e medie inferiori). In ambito di servizi socio-assistenziali o comunque resi alla comunità che rappresenta, si occupa direttamente dei nidi d'infanzia e delle scuole materne pubbliche; per queste può intervenire anche in appoggio a quelle private.

Agli effetti della copertura assicurativa si da' e prende atto che per attività garantita intendiamo:

- lo svolgimento di ogni attività didattica e culturale, ricreativa, ginnico-sportiva, assistenziale o comunque connessa alla partecipazione a qualsiasi forma di vita scolastica esercitata in qualsiasi periodo dell'anno, purché promossa dal Comune medesimo, dalle autorità scolastiche, dai Consigli di Circolo o di Istituto, o che comunque avvenga con il consenso degli stessi organismi.
- "rischio in itinere" intendendosi per tale ogni spostamento dell'Assicurato dal momento in cui lascia la propria abitazione per accedere alle attività indicate in precedenza, a quando vi rientra. A titolo esemplificativo e non riduttivo si segnala che tali spostamenti possono avvenire sia a piedi che tramite mezzi di trasporto pubblici o privati; che sono incluse le gite scolastiche, i campi estivi - con o senza pernottamento -, le escursioni, le visite e quant'altro di pertinente.

09.16. - IDENTIFICAZIONE DELL'ASSICURAZIONE.

L'assicurazione vale per gli infortuni subiti dall'Assicurato nello svolgimento delle attività individuate nel precedente Art.09.15., salvo le esclusioni di cui al successivo Art.09.17. e secondo le caratteristiche e prescrizioni di cui agli Artt.09.18. e seguenti.

09.17. - RISCHI ESCLUSI

l'assicurazione non vale per gli infortuni derivanti da:

- guida di veicoli a motore in genere;
- viaggi in qualità di passeggero su linee aeree non regolari;
- proprie azioni delittuose nonché partecipazione a imprese temerarie, salvo gli atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o legittima difesa. Naturalmente la valutazione di tali atti terrà in debito conto l'età dell'Assicurato e la sua capacità di discernimento.

09.18. - CASI E SOMME ASSICURATE.

Per ciascun Assicurato la Compagnia garantisce:

ORD.	SOMMA	CASO
H.	50.000,00	per il caso di morte
J.	100.000,00	per il caso di invalidità permanente
K.	50,00	per il caso diaria da ricovero
V.	2.500,00	per rimborso spese di trasporto dal luogo dell'infortunio al più vicino istituto di cura
W.	5.000,00	per spese mediche quali definite nel capitolo 1
Y.	2.500,00	per protesi dentarie
Z.	500,00	per spese relative all'acquisto di lenti , comprese quelle a contatto. L'acquisto della montatura è rimborsato fino a concorrenza di € 250,00=

09.19. - PRECISAZIONI IN ORDINE ALLA GARANZIA.

⇒ Sono inclusi in garanzia anche gli infortuni dovuti a:

- a. imperizia, imprudenza o negligenza, anche gravi;
- b. aggressioni o atti violenti, qualunque ne sia il movente, sempre che l'Assicurato non vi abbia preso parte volontariamente.
- c. eventi catastrofali (terremoto, eruzioni vulcaniche, inondazioni e alluvioni).

⇒ L'assicurazione comprende inoltre:

- d. gli infortuni sofferti in stato di malore o incoscienza;
- e. l'asfissia non dipendente da malattia;
- f. l'avvelenamento acuto e le lesioni derivanti dall'ingestione o assorbimento di sostanze;
- g. l'annegamento, l'assideramento, il congelamento, la folgorazione, i colpi di sole o di calore o di freddo;
- h. le conseguenze di morsi o punture di animali.

⇒ Le garanzie sub Y. e Z. operano, nel "rischio in itinere", limitatamente agli infortuni avvenuti sotto la sorveglianza dell'operatore scolastico e/o del conducente dello scuolabus.

09.20. - CRITERI DI INDENNIZZABILITA'.

La Compagnia corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio. Se al momento dell'infortunio l'Assicurato è affetto da menomazioni preesistenti di qualsiasi origine e tipologia, sono indennizzabili solamente le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

09.21. - CASO MORTE.

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

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello di invalidità permanente. Si conviene tuttavia che 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 Compagnia corrisponde ai beneficiari la differenza fra l'indennizzo pagato e la somma assicurata per il caso morte, ove questa risulti maggiore.

Qualora a seguito dell'infortunio la salma dell'Assicurato non venga ritrovata, la Compagnia liquida ai beneficiari la somma assicurata, non prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza di morte presunta, come previsto dagli Artt.60 e 62 del Codice Civile.

Se, dopo che la Compagnia ha pagato l'indennizzo, risulta che l'Assicurato è ancora in vita, la Compagnia medesima avrà diritto - entro 30 giorni dalla richiesta - alla restituzione da parte dei beneficiari della somma loro pagata.

Resta inteso che l'Assicurato avrà così diritto all'indennizzo previsto in polizza per altri casi eventualmente assicurati.

09.22. - INVALIDITA' PERMANENTE.

L'indennizzo per invalidità permanente è dovuto se essa si verifica entro due anni dal giorno dell'infortunio.

Il grado di invalidità permanente è accertato facendo riferimento alle percentuali stabilite dall'allegato 1 al D.P.R. 1124 del 30.06.1965, che si riporta in appendice alla presente polizza, e seguendo i criteri qui esposti:

- a. di detta tabella si utilizzano, ove previsto, le percentuali riferite alla sola parte destra, abolendo qualsiasi distinzione tra parti destra e sinistra del corpo.
- b. la perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se si tratta di minorazione, le percentuali previste dalla citata "tabella INAIL" vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.
- c. qualora l'infortunio determini menomazione di uno o più distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con criteri aritmetici fino a raggiungere, al massimo, il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso.
- d. 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%.
- e. nei casi di invalidità permanente non specificati dalla "tabella INAIL", l'indennizzo è stabilito in riferimento ai valori ed ai criteri sopraindicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della generica capacità lavorativa, indipendentemente dall'attività dell'Assicurato.
- f. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già menomati, nella valutazione del grado di invalidità permanente le percentuali di cui sopra sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile a beneficiari, eredi o aventi causa. Se tuttavia l'infortunato muore per cause indipendenti dalle lesioni subite dopo che l'indennizzo per invalidità permanente sia stato liquidato o comunque offerto in misura determinata, la Compagnia paga ai beneficiari l'importo liquidato od offerto.

All'Assicurato non spetta alcun indennizzo se il grado di invalidità permanente accertato è inferiore o pari al 3%.

Qualora il grado accertato oscilli tra il 3% ed il 10%, resta a carico dell'Assicurato una franchigia pari al 3% della totale.

Nei casi di infortunio da cui residuino invalidità superiori al 10%, l'indennizzo non sarà soggetto ad alcuna franchigia e/o limitazione.

09.23. - DIARIA DA RICOVERO.

In caso di ricovero reso necessario dall'infortunio, la Compagnia corrisponde la diaria assicurata fino ad un massimo di 365 giorni per infortunio. Per i ricoveri in Istituto di cura si conteggeranno i pernottamenti, mentre per le degenze in regime di Day Hospital il primo e l'ultimo giorno saranno conteggiati come uno solo.

09.24. - RIMBORSO SPESE MEDICHE.

In caso di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza, la Compagnia rimborsa le spese mediche fino alla concorrenza del massimale assicurato, dietro presentazione in originale della relativa documentazione.

09.25. - CUMULO DI INDENNITA'.

La diaria di ricovero, il rimborso delle spese di trasporto e di quelle mediche sono cumulabili fra loro e con qualsiasi altro caso garantito.

§ § § § §

CAPITOLO 16
SEZIONE A: DEI SINISTRI IN GENERALE

16.00 - NORME DI CARATTERE GENERALE.

Il Contraente si avvale, mediante il presente capitolato, del *Sistema Pro.mo.f.in.a.*, che annette particolare importanza alla “gestione dei sinistri”. Si ritiene pertanto opportuno dare e prendere atto tra le parti che:

A. il Consulente ha ideato e realizzato un particolare modus operandi nel settore assicurativo specifico delle Pubbliche Amministrazioni, denominato *Sistema Pro.mo.f.in.a.*. Esso pone al centro dell’attenzione la gestione della sinistrosità e l’individuazione di strumenti applicativi (quali capitolati, protocolli e modelli) specifici per le varie branche di attività. Tanto gli assicurati quanto gli assicuratori possono usufruire di normative chiare e di un’operatività volta a creare un clima di fattiva collaborazione tra tutte le parti interessate dall’evento dannoso, salvaguardando gli interessi e le prerogative di ognuno.

B. Il mandato erogato dal Contraente al Consulente recita testualmente:

“PREMESSA

Le parti individuano nel sinistro, ovvero nell'evento dannoso o lesivo a persone, cose e patrimonio, il momento centrale della gestione dei rischi connessi allo svolgimento di qualsiasi attività umana.

Per questo ritengono, nell'ambito della materia assicurativa in particolare e del risk management in generale, di privilegiare gli aspetti connessi alla sinistrosità.

Soprattutto dal suo andamento anche storico e dalle analisi, valutazioni e comparazioni che se ne possono trarre, dipendono i percorsi da seguire per giungere ad un adeguato progetto di gestione dei rischi e del loro trasferimento all'assicuratore.

ARTICOLO TRE

L'Ente conferisce al Consulente, che accetta, il mandato e l'incarico esclusivi per la gestione di tutta la propria sinistrosità, passata, presente e futura, sia attiva che passiva, secondo le modalità confacenti ad ogni tipologia di rischio e nell'esclusivo interesse dell'Ente medesimo.

Per gestione della sinistrosità si intende l'assistenza e consulenza professionalmente qualificate, volte:

- 1. alla ricognizione iniziale della sinistrosità pregressa, consistente: nella stesura statistica generale e nella verifica dello stato delle posizioni non ancora definite. Quest'ultime verranno prese in carico dal Consulente coi criteri in appresso indicati.*
- 2. alla raccolta ed impostazione delle denunce di sinistro ed alla loro trasmissione all'assicuratore, ove questi sia presente.*
- 3. all'esecuzione di perizie e/o accertamenti, all'occorrenza anche cinematici.*
- 4. all'analisi e valutazione della documentazione successiva alla prima segnalazione di sinistro, nonché alla sua trasmissione all'assicuratore.*
- 5. al compimento di tutte le attività utili e/o necessarie per giungere nel minor tempo possibile ad una soddisfacente definizione di ciascuna pratica, collaborando fattivamente con l'Ente, con gli assicuratori, coi danneggiati o coi terzi responsabili.*
- 6. alla stesura di report informativi e di statistiche con cadenza periodica per riferire sull'andamento della sinistrosità e sulle valutazioni collaterali che da essa dipendono.*

Il Consulente si impegna a garantire interventi tempestivi, a fornire all'Ente la modulistica ed i protocolli operativi da seguire in caso di sinistro, nonché a formare il personale all'uopo preposto.”

* * * * *

CAPITOLO 16
SEZIONE D: SINISTRI INFORTUNI (CAPITOLO 09)

16.24. - DENUNCIA DI SINISTRO E OBBLIGHI RELATIVI.

La denuncia del sinistro, redatta sullo stampato riportato in allegato, e corredata da certificato medico, deve pervenire al Consulente, a cura del Contraente, nel più breve tempo possibile dal verificarsi dell'infortunio.

L'assicurato ed i suoi familiari o aventi diritto devono consentire alla visita di medici incaricati dalla Compagnia e a qualsiasi indagine od accertamento che questa, nei limiti delle vigenti disposizioni di legge, ritenga necessario.

Se dolosamente non si adempie, da parte degli interessati, agli obblighi qui menzionati, l'assicurato od i suoi aventi diritto perdono il diritto all'indennizzo; se invece l'inadempimento è colposo, la Compagnia ha il diritto di ridurre l'indennizzo in ragione del pregiudizio sofferto.

16.25. - CONTROVERSIE SU NATURA E CONSEGUENZE DELLE LESIONI.

In caso di divergenza sul nesso causale tra evento e lesione, sulla natura o conseguenze delle lesioni, sul grado di invalidità permanente o sulla pertinenza delle spese mediche, si procederà mediante arbitrato di un Collegio Medico.

I due primi componenti di tale Collegio sono designati uno dall'assicurato o dai suoi aventi causa, l'altro dalla Compagnia. Il terzo è nominato di comune accordo ad opera dei primi due. In caso di disaccordo sulla nomina del terzo perito provvede il Presidente dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove si riunisce il Collegio Medico.

Il Collegio Medico risiede nel comune, che sia sede di istituto universitario di medicina legale e delle assicurazioni, più vicino alla residenza dell'assicurato.

Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono sempre vincolanti per le parti (salvo i casi di dolo o di errore), anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

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.

16.26. - LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO E PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO.

Entro 30 giorni da quando ha ricevuta la necessaria documentazione, la Compagnia si obbliga:

- a. a formulare per iscritto all'assicurato od ai suoi aventi diritto le eventuali riserve circa l'indennizzabilità del sinistro, per cui si attiveranno le procedure di arbitrato previste dal precedente Art. 16.25., salvo che l'assicurato od i suoi aventi diritto vi rinuncino.
- b. a offrire formalmente all'assicurato od ai suoi aventi diritto od ai beneficiari le indennità spettanti ai sensi di polizza, provvedendo al materiale pagamento entro i 15 giorni successivi alla ricezione della quietanza sottoscritta dal/i percipiente/i.

Resta inteso a tale proposito che l'indennizzo verrà corrisposto in Italia. Il rimborso delle spese di trasporto e/o mediche effettuate all'estero verrà eseguito al cambio medio - desunto dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi - della settimana in cui la spesa è stata sostenuta.

Ogni ritardo della Compagnia nell'adempimento di quanto sopra pattuito comporterà la maggiorazione dell'indennizzo sulla base del saggio legale di sconto.

16.27. - RECESSO IN CASO DI SINISTRO.

Dopo ogni denuncia di sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, il Contraente e la Compagnia possono recedere dal contratto con preavviso di almeno 30 giorni.

In caso di recesso promosso dalla Compagnia, questa rimborserà al Contraente il rateo di premio relativo al periodo di rischio non corso.

La regolazione del premio di cui all'Art. 02.11. dovrà avvenire comunque, attiva o passiva che sia, relativamente al periodo di validità dell'ultimo periodo di assicurazione.

16.28. - ANTICIPO INDENNIZZI.

All'assicurato od ai suo aventi diritto è concessa la possibilità di richiedere, dietro presentazione di idonei documenti giustificativi e successivamente alla visita medica di un fiduciario incaricato dalla Compagnia, un'anticipazione parziale della liquidazione, a condizione che:

non siano intervenute contestazioni circa l'operatività della garanzia;

siano trascorsi almeno 90 giorni dalla data della denuncia di sinistro;

sia stimabile un'inabilità permanente superiore al 10% e/o sia richiesto un ricovero superiore a 90 giorni.

L'anticipazione sarà pari al 50% dell'indennità corrispondente al danno valutato al momento, con riserva di successivi accertamento definitivo e conguaglio.

§ § § § §
©pmfa