

**LOTTO E:
CAPITOLATO
INFORTUNI CUMULATIVA**

PERSONE DA ASSICURARE

CAT. A) AMMINISTRATORI

Morte	Euro 100.000,00	
Invalidità Permanente	Euro 100.000,00	
Rimborso Spese Mediche da Infortunio	Euro 2.500,00	
Numero preventivo Assicurati		N° 11

Cat. B) DIPENDENTI IN MISSIONE

Morte:	Euro 100.000,00
Invalidità permanente:	Euro 100.000,00
Rimborso Spese Mediche da Infortunio	Euro 2.500,00

Chilometri preventivati **N° 3.000**

DEFINIZIONI

Nel testo delle Condizioni di Assicurazione si definiscono con:

Assicurazione:	il contratto di assicurazione
Polizza:	il documento che prova l'assicurazione
Contraente:	il soggetto che stipula il contratto di assicurazione
Assicurato:	il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione
Società:	la Compagnia assicuratrice
Premio:	la somma dovuta dal Contraente alla Società
Sinistro:	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione
Infortunio:	evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, un'invalità permanente oppure una inabilità temporanea
Indennizzo:	la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro
Franchigia:	la parte di danno che rimane a carico dell'Assicurato
Rischio:	la probabilità che si verifichi il sinistro
Beneficiario:	il soggetto cui, in caso di morte dell'Assicurato, deve essere pagata la somma garantita

Broker: l'incaricato dal Contraente della gestione ed esecuzione del contratto, riconosciuto dalla Società

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

ART. 1 – DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DI RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente 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, 1894 C.C.)

ART. 2 – PROVA DEL CONTRATTO – FORMA DELLE COMUNICAZIONI

La polizza e le sue eventuali modifiche devono essere provate per iscritto.

Tutte le comunicazioni tra le Parti dovranno avvenire a mezzo lettera raccomandata, raccomandata a mano, telegramma, telefax o altro mezzo telematico ed avranno effetto dalla data di invio, quando questa sia rilevabile.

ART. 3 – DURATA DELLA POLIZZA E DECORRENZA DELLA GARANZIA

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del 30.06.2017 e scadrà alle ore 24 del 30.06.2021 e non è soggetta a proroga. Si conviene che le Parti hanno la facoltà di rescindere il contratto dalla prima scadenza annuale con lettera raccomandata da inviarsi con almeno 120 (centoventi) giorni di anticipo rispetto alla scadenza. E' inoltre facoltà delle parti, se ne sussistono le condizioni di legge, concordare una proroga temporanea della presente assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche per un periodo massimo di 180 giorni decorrenti dalla scadenza, finalizzata all'espletamento delle procedure di aggiudicazione della nuova assicurazione. La Società, a fronte della corresponsione del relativo rateo di premio, si impegna in tal caso a prorogare l'assicurazione.

In tale ipotesi il premio relativo al periodo di proroga verrà conteggiato sulla base di 1/365 del premio annuale della polizza appena scaduta per ogni giorno di copertura.

ART. 4 – PAGAMENTO DEL PREMIO

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza ancorché il premio venga versato entro i 60 giorni successivi al medesimo.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 60° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

ART. 5 – AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio.

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

ART. 6 – VARIAZIONE DEL RISCHIO - BUONA FEDE

A parziale deroga delle C.G.A., si conviene che l'omissione della dichiarazione da parte dell'Assicurato e/o del Contraente di una circostanza aggravante del rischio, come le incomplete ed inesatte dichiarazioni all'atto della stipulazione della polizza e durante il corso della medesima, non pregiudicano il diritto al risarcimento dei danni, sempre che tali omissioni o inesatte dichiarazioni siano avvenute in buona fede e con l'intesa che il Contraente avrà l'obbligo di corrispondere alla Società il maggior premio proporzionale al maggior rischio che ne deriva.

ART. 7 – DEROGA DENUNCIA ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le altre eventuali assicurazioni che i singoli Assicurati avessero in corso o stipulassero in proprio con altre Società.

ART. 8 – DIMINUZIONE DEL RISCHIO

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

ART. 9 – RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni sinistro e sino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, le Parti possono recedere, con preavviso di 90 giorni, dalla presente polizza. Nel caso di recesso intimato e contestualmente motivato dalla Società, essa dovrà entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsare la parte di premio imponibile relativa al periodo di rischio non corso.

ART. 10 – ONERI FISCALI

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

ART. 11 – FORO COMPETENTE

Foro competente è il luogo dove ha sede il Contraente.

ART. 12 – ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

L'inabilità temporanea, al di fuori dell'Europa o degli Stati extraeuropei del Mediterraneo, è indennizzabile limitatamente al periodo di ricovero ospedaliero; tale limitazione cessa dalle ore 24 del giorno di rientro in Europa o negli Stati sopra menzionati.

ART. 13 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

Art. 14 – PROVA DEL CONTRATTO – FORMA DELLE COMUNICAZIONI

La polizza e le sue eventuali modifiche devono essere provate per iscritto. Tutte le comunicazioni tra le Parti dovranno avvenire a mezzo lettera raccomandata, raccomandata a mano, fax, telegramma, o altro mezzo idoneo atto a comprovare la data ed il contenuto.

ART. 15 – INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO

In caso di dubbio, le clausole contenute nel presente capitolato nonché le norme in esso richiamate e/o comunque applicabili saranno interpretati sempre in senso più favorevole al Contraente/Assicurato.

ART.16 – DIRITTO DI SURROGAZIONE

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 C.C. verso i Terzi responsabili dell'infortunio.

ART. 17 – CLAUSOLA BROKER

La Compagnia/Agenzia dichiara di aver preso conoscenza che il presente contratto viene gestito - ai sensi e per gli effetti della art. 109, comma 2 lettera b), del D. Lgs. 209/2005 - in collaborazione con la Soc. L'ARCA Consulenza assicurativa Srl di Aosta, incaricata dall'Amministrazione comunale e che il costo amministrativo del contratto sarà a carico della Compagnia/Agenzia e che la stessa s'impegna a riconoscere al broker incaricato le commissioni del 14% del premio imponibile e dovrà comunque essere parte dell'aliquota riconosciuta dalla compagnia aggiudicataria alla propria rete di vendita. Non potrà quindi in ogni caso rappresentare un costo aggiuntivo per l'amministrazione, di conseguenza, i rapporti con la società inerenti la presente polizza, saranno svolti per incarico del contraente dalla Soc. L'ARCA Consulenza assicurativa Srl di Aosta. Ogni comunicazione fatta dal broker alla società per incarico del contraente s'intenderà come

fatta dal contraente stesso, in caso di contrasto tra le comunicazioni fatte dal broker e dal contraente avranno valenza queste ultime.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

ART. 17 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione vale per gli infortuni subiti dalle persone assicurate per i rischi specificati per singola categoria:

CAT. A) AMMINISTRATORI

L'assicurazione è prestata per gli infortuni verificatisi a causa ed in occasione dell'espletamento di tutte le attività e funzioni connesse alla carica, ivi comprese quelle esercitate in Enti o Società collegate e/o controllate dal Contraente.

E' incluso il "rischio in itinere" nonché tutti gli spostamenti necessari all'espletamento degli incarichi loro assegnati, effettuati anche con mezzi di trasporto pubblici e privati.

Sono quindi esclusi dalla garanzia gli infortuni verificatisi nell'espletamento dell'attività professionale privata di ciascun Assicurato, e quelli relativi a qualsiasi attività extraprofessionale, comunque non collegata alla carica.

La garanzia si intende prestata sulla base dei seguenti capitali assicurati:

Somme Assicurate

Morte Euro 100.000,00

Invalidità Permanente Euro 100.000,00

Rimborso Spese Mediche da Infortunio Euro 2.500,00

CAT. B) DIPENDENTI IN MISSIONE

La garanzia deve intendersi prestata in ottemperanza agli obblighi di legge derivanti al Contraente, di garantire i dipendenti per gli infortuni subiti durante lo svolgimento della missione o di adempimenti di servizio fuori ufficio, qualora sia autorizzato l'utilizzo di veicoli a motore, purché non intestati al PRA a nome del Contraente, limitatamente al tempo necessario per l'esecuzione delle prestazioni relative.

L'assicurazione garantisce anche gli infortuni alle persone di cui sia stato autorizzato il trasporto.

La copertura inizia dall'effettivo inizio del viaggio, indipendentemente se esso avvenga dal luogo di residenza dell'Assicurato stesso o dalla sede di lavoro; la copertura termina al ritorno dell'Assicurato ad una delle predette sedi di partenza.

Gli importi liquidati in base alla presente polizza saranno detratti dalle somme eventualmente spettanti a titolo di equo indennizzo per lo stesso evento.

La presente polizza è rivolta alla copertura di lesioni o decesso del conducente addetto alla guida e delle persone di cui sia stato autorizzato il trasporto per i rischi non compresi nell'assicurazione obbligatoria di terzi (ex legge 990).

La garanzia si intende prestata sulla base dei seguenti capitali assicurati:

Somme Assicurate

Morte: €. 100.000,00

Invalidità permanente: €. 100.000,00

Rimborso Spese Mediche da Infortunio €. 2.500,00

ART. 18 – ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti:

- a) dalla guida di veicoli e natanti a motore, se l'assicurato è privo della prescritta abilitazione;

- b) dall'uso, anche come passeggero, di aeromobili (compresi deltaplani ed ultra leggeri), salvo quanto disposto dall'art. 18;
- c) dalla pratica del paracadutismo, del parapendio e degli sport aerei in genere;
- d) da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- e) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- f) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- g) da guerre o insurrezioni;
- h) da movimenti tellurici, inondazioni o eruzioni vulcaniche;
- i) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).
- j) da infarti e da ernie di qualsiasi tipo salvo quanto previsto successivamente per le ernie.

ART. 19 – SERVIZIO MILITARE

Durante il servizio militare di leva in tempo di pace o durante il servizio sostitutivo dello stesso l'assicurazione resta sospesa limitatamente alla garanzia di inabilità temporanea e prosegue per le altre garanzie e per le rispettive indennità previste in polizza.

Comunque, entro 15 giorni dalla prima scadenza di premio - o rata di premio - successiva all'inizio del servizio, il Contraente ha diritto di chiedere la sospensione dell'assicurazione fino al termine del servizio medesimo.

ART. 20 – LIMITE DI ETÀ'

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

Tuttavia, per le persone che raggiungono tale età in corso di contratto, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa al compimento di detto termine, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso verranno restituiti al Contraente.

ART. 21 – PERSONE NON ASSICURABILI

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

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

ART. 22 – CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ'

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio. Se, al momento dell'infortunio, l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

ART. 23 – MORTE

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

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

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

Vengono parificati al caso di morte, il caso in cui l'Assicurato venga dichiarato disperso alle competenti Autorità ed il caso di sentenza di morte presunta, ai sensi dell'art. 60 comma 3 del C.C.

ART. 24 – INVALIDITA' PERMANENTE

L'indennizzo per il caso di invalidità permanente è dovuto se l'invalidità stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno dell'infortunio.

L'indennizzo per invalidità permanente parziale è calcolato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, in proporzione al grado d'invalidità accertata secondo i criteri e le percentuali indicate nella tabella di cui all'allegato 1 del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge.

Nei confronti delle persone affette da mancinismo, le percentuali di invalidità previste per l'arto superiore destro e la mano destra, varranno per l'arto superiore sinistro e la mano sinistra e viceversa.

Se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita totale, le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella di cui sopra, l'indennizzo è stabilito in riferimento alle percentuali dei casi indicati, tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

La perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale d'invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna lesione, con il massimo del 100%.

ART. 25 – RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO

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

- a) in caso di ricovero, per la degenza in Istituto di cura (onorari dei Medici, cure mediche, esami, diritti di sala operatoria, materiali di intervento compreso l'acquisto di apparecchi protesici e terapeutici, trattamenti riabilitativi, rette di degenza).

Qualora le spese di ricovero siano interamente a carico del Servizio Sanitario Nazionale, la Società – in sostituzione del rimborso – liquida una diaria di € 50,00 per ogni pernottamento e per un massimo di 100 pernottamenti.

La diaria sostitutiva è cumulabile con la diaria per ricovero eventualmente assicurata, con il limite di € 100,00

- b) relativamente alle prestazioni sanitarie extra-ricovero, per: accertamenti diagnostici, onorari dei medici, interventi chirurgici ambulatoriali, cure mediche e medicinali prescritti, trattamenti riabilitativi, acquisto e/o noleggio di apparecchiature terapeutiche e/o ortopediche, cure e protesi dentarie rese necessarie da infortunio, trasporto dell'Assicurato al luogo di cura o di soccorso o da un Istituto di cura all'altro con mezzi adeguati.

Le spese di cui al presente comma sono rimborsate previa detrazione di una franchigia fissa di € 50,00 per ogni infortunio.

ART. 27 – MODALITA' DI VALUTAZIONE DEL DANNO – CONTROVERSIE

In caso di divergenza sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni, sul grado o durata dell'inabilità temporanea e sulla loro entità, le Parti si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato a decidere, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, a 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.

Il Collegio medico risiede presso la sede della Contraente.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da esso designato, contribuendo per metà alle spese e competenze del terzo medico.

Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale.

ART. 28 – ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI

Poiché la presente assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 C.C.

ART. 29 – RISCHIO VOLO

L'assicurazione vale per gli 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: da Società/Azienda di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri; da aeroclubs.

La somma delle garanzie di cui alla presente polizza e di eventuali altre polizze stipulate dall'Assicurato o da altri in suo favore per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni, non potrà superare i seguenti importi:

per persona:

- €. 1.000.000,00 per il caso di Morte
- €. 1.000.000,00 per il caso di Invalidità Permanente
- €. 250,00 per il caso di Inabilità Temporanea

per aeromobile:

- €. 5.000.000,00 per il caso di Morte
- €. 5.000.000,00 per il caso di invalidità Permanente
- €. 5.000,00 per il caso di Inabilità Temporanea

Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedessero gli importi sopra indicati, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno adeguate con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti.

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

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

CONDIZIONI PARTICOLARI

Si precisa che sono considerati infortuni anche:

- asfissia causata da fuga di gas o di vapore;
- soffocamento da ingestione di solidi e/o liquidi;
- avvelenamenti o intossicazioni acuti da ingestione di cibo o altre sostanze;
- intossicazioni anche aventi origine traumatica;
- affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi, escluse per queste ultime quelle di cui gli insetti siano portatori necessari, le punture vegetali, nonché le infezioni tutte conseguenti ad eventi risarcibili a termini di polizza;
- ustioni in genere, nonché il contatto con corrosivi caustici;
- annegamento;
- assideramento o congelamento;
- fulmine, folgorazione e scariche elettriche in genere;
- colpi di sole o di calore o di freddo;
- lesioni determinate da sforzi con esclusione di infarti ed ernie, salvo quanto successivamente previsto per le ernie.

L'assicurazione vale anche per:

- gli infortuni sofferti in stato di malore o incoscienza o conseguenti a vertigini;
- gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- gli infortuni derivanti da influenze termiche ed atmosferiche;
- gli infortuni conseguenti a colpi di sonno.

A) EVENTI SOCIOPOLITICI

L'assicurazione vale anche per gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismo, attentati, atti violenti che abbiano movente politico, economico, sociale e sindacale, purché l'Assicurato provi di non aver preso parte attiva.

B) CALAMITA' NATURALI

Sono compresi gli infortuni derivanti da calamità naturali e dalle forze della natura quali terremoti, eruzioni vulcaniche, uragani, inondazioni, alluvioni, straripamenti, mareggiate, frane, tempeste di vento, grandine, valanghe e neve.

C) COLPA GRAVE

L'assicurazione vale anche per gli infortuni derivanti da colpa grave dell'Assicurato.

D) ERNIE TRAUMATICHE E DA SFORZO – ERNIE ADDOMINALI

A parziale deroga delle Condizioni Generali di Assicurazione, l'assicurazione è estesa, limitatamente ai casi di invalidità permanente e di inabilità temporanea, quest'ultima sempre che sia prevista dal contratto, alle ernie addominali da sforzo e traumatiche, con l'intesa che:

- qualora sia operabile, viene corrisposta solamente l'indennità per il caso di inabilità temporanea fino ad un massimo di 30 giorni;
- qualora l'ernia, anche bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, viene corrisposta solamente un'indennità non maggiore del 10% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente totale;
- qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio medico di cui alle Condizioni Generali di Assicurazione.

E) LIQUIDAZIONE DELL'INDENNITA'

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquiderà l'indennità che risulti dovuta, ne darà comunicazione agli interessati e alla Contraente, avuta notizia della loro accettazione, provvederà al pagamento entro 30 giorni dalla sottoscrizione del modulo di liquidazione dalla Società.

Il diritto all'indennità per Invalidità Permanente è di carattere personale, quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato morisse, dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Società pagherà ai beneficiari l'importo liquidato od offerto.

Inoltre, se dopo il pagamento di una indennità per Invalidità Permanente ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo l'Assicurato morisse, la Società corrisponderà ai beneficiari la differenza fra l'indennità pagata ed il capitale assicurato per il caso di Morte ove questa fosse superiore e non chiederà il rimborso nel caso contrario.

F) LIQUIDAZIONE INVALIDITA' PERMANENTE

Per i casi di Invalidità Permanente conseguenti ad infortunio di grado non inferiore al 60% accertato con i criteri di indennizzabilità previsti dalle Condizioni Particolari di Assicurazione verrà corrisposto un indennizzo pari al 100% del capitale assicurato.

G) ANTICIPO INDENNIZZO

Qualora a seguito di infortunio fosse quantificata un'Invalidità Permanente di grado superiore al 20% la Società metterà a disposizione, quale anticipo indennizzo, il 50% dell'importo presumibilmente indennizzabile, con il massimo di €. 51.000,00.

H) REGOLAZIONE PREMIO

Il Contraente comunicherà i dati consuntivi necessari entro 90 giorni dalla scadenza annuale.

Le differenze attive risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei 60 giorni dalla presentazione alla Contraente della relativa appendice di regolazione formalmente ritenuta corretta, calcolando il costo, come indicato nella scheda di quotazione.

COMUNE DI SAINT RHEMY EN BOSSES

In caso di mancata comunicazione dei dati di regolazione o di mancato pagamento del premio di conguaglio, la Società fissa un ulteriore termine non inferiore a 30 giorni dandone comunicazione scritta a mezzo lettera raccomandata, le garanzie si intenderanno sospese a decorrere dal trentesimo giorno dalla ricezione della lettera raccomandata.

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società fermo il suo diritto ad agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo di sospensione delle garanzie. La Società ha il diritto di effettuare in qualsiasi momento verifiche e controlli per i quali il Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e la documentazione necessaria.

I) MORTE PRESUNTA

Nel caso di presentazione di istanza per la dichiarazione di Morte presunta ai sensi dell'art.60 e 62 del C.C., la Società liquida agli aventi diritto la somma assicurata per il caso di morte, a condizione che:

- a) siano trascorsi 180 giorni dalla data in cui risale l'ultima notizia dell'Assicurato;
- b) possa ragionevolmente desumersi che la morte è avvenuta per un evento indennizzabile ai sensi di polizza.

Se successivamente l'Assicurato ritorna o ne è provata l'esistenza, la Società può agire anche nei suoi confronti per il recupero di quanto pagato e degli interessi, l'Assicurato potrà tuttavia far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subito.

L) DIABETE

L'assicurazione vale anche per le persone affette da diabete, a condizione che l'infortunio non sia conseguenza diretta del diabete ed ogni complicazione riferibile al diabete esclusa.

In caso di infortunio la Società corrisponde l'indennizzo a sensi dell'Art. 23 delle C.G.A.

M) UBRIACHEZZA

A parziale rettifica di quanto indicato nell'art. 18 l'assicurazione vale anche per gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza, esclusi comunque quelli conseguenti alla guida di mezzi di locomozione.

N) ESONERO DALL'OBBLIGO DI DENUNCIA DI INFERMITA' MUTILAZIONI O DIFETTI FISICI

La Contraente è esonerata dalla denuncia di infermità, difetti fisici o mutilazioni di cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire.

In caso di infortunio, resta comunque espressamente confermato il disposto dell'Art. 23 delle C.G.A.

O) ESONERO DENUNCIA GENERALITA' DEGLI ASSICURATI

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per l'identificazione di tali persone si farà riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione del Contraente, che la Società ha il diritto di verificare e controllare in qualsiasi momento, insieme ad ogni altro documento probatorio.

P) ATTI DI TERRORISMO

A parziale deroga delle Condizioni di Assicurazione, la garanzia è estesa agli infortuni derivanti da atti di terrorismo compiuti tramite armi e/o ordigni di tipo convenzionale.

Non sono compresi in garanzia gli infortuni derivanti da atti terroristici posti in essere tramite l'uso di sostanze nucleari, biologiche, batteriologiche o chimiche, qualunque sia il tipo di arma e/o ordigno e/o congegno utilizzato per portare a termine l'azione. Sono comunque esclusi dalla garanzia tutti gli infortuni derivanti da atti terroristici in cui l'Assicurato vi abbia partecipato in modo volontario.

E' definito atto di terrorismo, una qualsiasi azione violenta fatta col supporto dell'organizzazione di uno o più gruppi di persone (anche se realizzato da una persona singola) diretta ad influenzare qualsiasi governo e/o terrorizzare l'intera popolazione o una parte importante di esse, allo scopo di raggiungere un fine politico o religioso o ideologico o etnico.

Q) RISCHIO IN ITINERE

La garanzia comprende il rischio in itinere, cioè gli infortuni che possono colpire gli Assicurati durante:

- il tragitto dall'abitazione (anche occasionale) al luogo di lavoro e viceversa;
- il tragitto dalla sede dove viene svolta la loro attività fino al raggiungimento di altre sedi e viceversa

purché questi infortuni avvengano durante il tempo necessario a compiere il percorso per via ordinaria e con gli abituali mezzi di locomozione, tanto privati che pubblici.

R) RIMPATRIO SALMA

In caso di decesso degli Assicurati per infortunio all'estero, la Società rimborserà le spese sostenute per il recupero ed il rientro della salma fino alla concorrenza di €. 3.000,00.=

S) DANNI ESTETICI

Si conviene che in caso di infortunio non escluso dalle condizioni di polizza, con conseguenze di carattere estetico che non comportino risarcimento a titolo di Invalidità Permanente, la Società rimborserà fino ad un massimo di € 3.000,00 (€. tremila/00) le spese documentate e sostenute dall'Assicurato per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico, nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica..

T) RESPONSABILITA' DEL CONTRAENTE

La Società assume fino a quando ne ha interesse, e sostenendone le spese a termini di legge, la gestione delle vertenze tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, sia civile che penale, a nome del Contraente, avvalendosi di tutti i diritti ed azioni ad esso competenti.

Qualora l'infortunato o in caso di morte i suoi beneficiari non accettino, a completa tacitazione per l'infortunio, l'indennità dovuta ai sensi della presente polizza e avanzino verso il Contraente maggiori pretese a titolo di responsabilità civile, detta indennità nella sua totalità viene accantonata per essere computata 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 rimangono in essa soccombenti, l'indennità accantonata viene agli stessi pagata sotto deduzione delle spese giudiziarie sostenute dal Contraente e/o dalla Società.

Fermo quanto precede, la Società risponde delle maggiori somme che il Contraente fosse tenuto a pagare rispettivamente per Morte, Invalidità permanente in eccedenza alle indennità liquidate in base alla polizza e fino a concorrenza di un ulteriore importo uguale a quello di detta indennità.

Se per un infortunio viene iniziato un procedimento penale o una causa in sede civile, il Contraente dovrà darne comunicazione alla Società appena ne abbia conoscenza; parimenti dovrà informare questa di qualsiasi domanda proposta da infortunati o loro beneficiari o aventi diritto per conseguire risarcimenti a titolo di responsabilità civile, trasmettendole in ogni caso documenti, notizie e quant'altro riguarda la vertenza.

NORME CHE REGOLANO I SINISTRI

ART. 30) – DENUNCIA DELL'INFORTUNIO E OBBLIGHI RELATIVI

I sinistri debbono essere denunciati per iscritto alla Società entro 30 giorni da quando l'ufficio preposto del Contraente ne sia venuto a conoscenza.

La denuncia dell'infortunio indicherà luogo, giorno, ora e causa dell'evento e sarà corredata da certificato medico.

Il decorso delle lesioni dovrà essere documentato da ulteriori certificati medici.

L'Assicurato o, in caso di morte il beneficiario, deve consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari.

ART. 31) – LIQUIDAZIONE DELL'INDENNITA'

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquiderà l'indennità che risulti dovuta, dandone comunicazione agli interessati e alla Contraente ed avuta notizia della loro accettazione, provvederà al pagamento entro 30 giorni dalla sottoscrizione del modulo di liquidazione della Società.

Il diritto all'indennità per Invalidità Permanente è di carattere personale, quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato morisse, dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Società pagherà ai beneficiari l'importo liquidato od offerto.

Inoltre, se dopo il pagamento di una indennità per Invalidità Permanente ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo l'Assicurato morisse, la Società corrisponderà ai beneficiari la differenza fra l'indennità pagata ed il capitale assicurato per il caso di Morte ove questa fosse superiore e non chiederà il rimborso nel caso contrario.

ART. 32) – GESTIONE DEI SINISTRI

La Società, alle scadenze semestrali, s'impegna a fornire al Contraente il dettaglio dei sinistri così suddiviso:

- sinistri denunciati;
- sinistri riservati (con indicazione dell'importo a riserva);
- sinistri liquidati (con indicazione dell'importo liquidato);
- sinistri respinti (mettendo a disposizione le motivazioni scritte).

Tutti i sinistri dovranno essere corredati della data di accadimento, della data di apertura della pratica presso l'Ufficio Sinistri della Società e della data della chiusura per liquidazione od altro motivo.

La documentazione di cui sopra dovrà essere fornita al Contraente mediante supporto informatico compatibile ed utilizzabile dal Contraente stesso.

Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al Contraente di chiedere ed ottenere un aggiornamento con le modalità di cui sopra in date diverse da quelle indicate.

COASSICURAZIONE E DELEGA (clausola opzionale in presenza di coassicurazione)

L'assicurazione è ripartita per quote tra le Società indicate nel riparto allegato. Resta confermato che in caso di sinistro ognuna delle Coassicuratrici concorrerà al pagamento dell'indennizzo in proporzione alla quota da essa assicurata, esclusa ogni responsabilità solidale.

La Spettabile.....all'uopo designata Coassicuratrice Delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle Coassicuratrici indicate nel riparto a firmare gli atti sopraindicati anche in loro nome e per conto e ciò vale anche per il presente atto.

Pertanto, le comunicazioni inerenti alla polizza, (ivi comprese le comunicazioni relative al recesso ed alla disdetta) devono trasmettersi dall'una all'altra parte solo per il tramite della Spettabile....., la cui firma in calce di eventuali futuri atti, impegnerà anche le Coassicuratrici, che in forza della presente clausola ne conferiscono mandato.

Nel caso in cui il contratto di assicurazione sia aggiudicato ad associazione temporanea di imprese, si deroga totalmente al disposto di cui all'art.1911 del codice civile, essendo tutte le imprese responsabili in solido.

La delega assicurativa è assunta dall'impresa di assicurazione indicata dal raggruppamento di imprese quale mandataria.

Non è consentita l'associazione anche in partecipazione od il raggruppamento temporaneo d'imprese concomitante o successivo all'aggiudicazione della gara.

TRACCIABILITA' DEI FLUSSI FINANZIARI

L'affidatario del servizio si assume tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'art 3 della legge 13 agosto 2010 n. 136 e s.m.i.