

**COMUNE  
di  
BRONTE**

**Capitolato**

**Polizza di Assicurazione**

***INFORTUNI  
Cumulativa***

**Lotto n. 2**



## SEZIONE I – DEFINIZIONI

**Amministrazione o Ente:** Comune di Bronte, Contraente della polizza;

**Assicurato:** il soggetto, persona fisica, il cui interesse é protetto dalla assicurazione;

**Contraente:** il soggetto, persona giuridica, che stipula la assicurazione;

**Attività dell'Amministrazione:** L'esercizio delle attività e competenze previste e/o consentite e/o delegate da leggi, regolamenti o altri atti amministrativi, e le attività accessorie, complementari, connesse e collegate, preliminari e conseguenti alle principali, nessuna esclusa e comunque svolte, anche avvalendosi di strutture di terzi, e/o affidando a terzi l'utilizzo di proprie strutture;

**Società:** la Compagnia assicuratrice e le eventuali mandanti;

**Broker:** il Broker Marsh SpA;

**Assicurazione:** il contratto di assicurazione;

**Polizza:** il documento che prova e regola la assicurazione;

**Franchigia:** la parte di danno che l'assicurato tiene a suo carico e che per ciascun sinistro viene dedotta dall'indennizzo. Nel caso di franchigia assoluta gli importi di danno inferiori alla franchigia non sono rimborsabili e quelli superiori sono ridotti della misura della franchigia;

**Sinistro:** l'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione;

**Indennizzo:** la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro;

**Liquidazione del danno:** la determinazione della somma rimborsabile a titolo di indennizzo;

**Annualità assicurativa o periodo assicurativo:** il periodo compreso tra la data di effetto e la data di prima scadenza annuale, o tra due date di scadenza annuale tra loro successive, o tra l'ultima data di scadenza annuale e la data di cessazione della assicurazione;

**Infortunio:** l'evento avvenuto per causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche o oggettivamente constatabili;

**Invalidità permanente:** la perdita della capacità generica ad attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla propria professione (invalidità assoluta), o la riduzione irrimediabile e definitiva della capacità ad attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo (invalidità parziale).

**Inabilità temporanea:** l'impedimento temporaneo generale (inabilità assoluta) o la limitazione (inabilità parziale) all'esercizio delle attività svolte dall'assicurato.

**Ospedale, clinica, casa o istituto di cura:** la struttura autorizzata, in base alla normativa vigente, al ricovero di pazienti e/o alla assistenza sanitaria con degenza diurna; non rientrano in questa definizione le strutture termali, di convalescenza, di soggiorno, per le attività diverse da quelle di ricovero e/o di assistenza sanitaria;

**Rischio professionale:** l'evento verificatosi durante o riconducibile allo svolgimento delle attività professionali e/o comunque riconducibile al rapporto con la Azienda;

**Rischio extra-professionale:** l'evento verificatosi durante o riconducibile a situazioni di tempo o di luogo che non possono essere ricondotte al rischio professionale.

## SEZIONE II - CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

### Art. 1: Durata del contratto

La copertura assicurativa ha durata di anni tre con decorrenza dalle ore 24.00 del 30/04/2018 e scadenza alle ore 24.00 del 30/04/2021, e con la seguente rateazione:

- I rata dalle ore 24.00 del 30/04/18 alle ore 24.00 del 30/04/19;
- II rata dalle ore 24.00 del 30/04/19 alle ore 24.00 del 30/04/20;
- III rata dalle ore 24.00 del 30/04/20 alle ore 24.00 del 30/04/21.

La copertura assicurativa cesserà automaticamente alla scadenza senza obbligo di disdetta da ambo le Parti.

È facoltà di ciascuna delle parti rescindere il contratto in occasione di ogni scadenza annuale intermedia mediante lettera raccomandata da inviarsi almeno 120 (centoventi) giorni prima della scadenza.

È inoltre facoltà del Contraente notificare alla Società la prosecuzione del contratto alle medesime condizioni normative ed economiche fino ad un massimo di 120 (centoventi) giorni immediatamente successivi alla sua scadenza naturale, a fronte di un importo di premio per ogni giorno di copertura pari a 1/365 del premio annuale.

### Art. 2: Clausola Broker

Alla Marsh SpA e' stata affidata dal Comune di Bronte la gestione e l'esecuzione della presente assicurazione in qualita' di Broker assicurativo ai sensi del D.Lgs. 209/2005. Il Contraente riconosce pertanto che ogni comunicazione relativa alla presente assicurazione avverrà per il tramite del Broker e tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione, saranno svolti per conto dell'Assicurato dalla Marsh S.p.A., la quale è altresì autorizzata ad effettuare l'incasso del premio.

La remunerazione del broker è a carico delle Compagnia aggiudicataria con la quale verrà stipulato e/o prorogato il contratto, nella misura del 12%, da applicare su ogni rata di premio pagata.

Il Contraente dichiara di aver affidato al Broker Marsh S.p.A., la gestione della polizza, per tutta la durata della stessa, ivi comprese, proroghe, rinnovi, riforme o sostituzioni.

Di conseguenza tutti i rapporti inerenti alla presente polizza saranno svolti per conto del Contraente unicamente dal Broker Marsh S.p.A. il quale tratterà con la Compagnia delegataria informandone le Coassicuratrici. Queste saranno tenute a riconoscere come validi ed efficaci, anche nei propri confronti, tutti gli atti di ordinaria gestione compiuti dalla Compagnia delegataria per conto comune, fatta eccezione per l'incasso dei premi di polizza la cui regolazione verrà effettuata dal Broker, che provvederà alla ripartizione tra i coassicuratori. Il Broker è altresì autorizzato ad effettuare l'incasso del premio rilasciando apposita quietanza, restando intesa l'efficacia liberatoria, anche a termini dell'art.1901 C.C. del pagamento così effettuato.

### Art.3: Variazioni del rischio successivamente all'aggiudicazione del contratto

Per aggravamento del rischio si intende qualsiasi modifica dovuta a cause sopravvenute, non previste e non prevedibili, che determinano una diversa probabilità di verificarsi di un sinistro ovvero una variazione delle sue conseguenze tali che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto, la Società non avrebbe consentito l'assicurazione o l'avrebbe consentita per un premio più elevato. Le variazioni che devono essere comunicate concernono circostanze di fatto interne all'organizzazione del Contraente in grado di determinare un aggravamento del rischio rilevante. Il Contraente non è tenuto a comunicare variazioni del rischio derivanti da sopravvenienze normative ovvero da modifiche degli orientamenti giurisprudenziali conseguenti a pronunce di merito o di legittimità.

Qualsiasi circostanza intervenuta successivamente all'aggiudicazione del contratto di assicurazione, che comporti una variazione del rischio, ai sensi del precedente comma, deve essere comunicata per iscritto dal Contraente alla Società entro trenta giorni dall'intervenuta conoscenza.

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

### Art. 4: Coesistenza di altre assicurazioni

L'Amministrazione e gli assicurati sono esonerati dall'obbligo di comunicare alla Società la esistenza e /o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio.

In caso di sinistro, la Amministrazione e gli assicurati devono darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri ai sensi dell'art. 1910 Cod. Civ.; la Società rinuncia al relativo diritto di recesso.



#### **Art. 5: Foro competente**

Per le controversie riguardanti l'applicazione del contratto, è competente in via esclusiva il Foro del luogo ove ha sede l'Amministrazione.

#### **Art. 6: Pagamento del premio - Termini di rispetto (opzione base)**

A parziale deroga dell'Art.1901 del Codice Civile, il Contraente è tenuto al pagamento della prima rata di premio entro 60 giorni dalla data della decorrenza della polizza; la garanzia si interrompe alle ore 24:00 del 60° giorno dalla stessa data di decorrenza e verrà riattivata dalle ore 24:00 del giorno del pagamento.

Se il Contraente non paga il premio per le rate successive entro il 60° giorno dalla scadenza, la garanzia resta sospesa dalle ore 24:00 del sessantesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24:00 del giorno in cui viene pagato quanto dovuto, ferme restando le scadenze contrattualmente successive stabilite.

Il termine di mora di cui sopra, in deroga all'art 1901 c.c., vale anche per le scadenze delle rate successive ed inoltre qualora il Contraente si avvalga della facoltà di ripetizione del servizio o proroga.

Ai sensi dell'art. 48 del DPR 602/1973 la Società da atto che l'Assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuate dal Contraente ai sensi del D. M. E. F. del 18 gennaio 2008 n° 40, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'art. 3 del Decreto.

Inoltre il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'art. 72 bis ai sensi dell'art. 72 bis del DPR 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 c.c. nei confronti della Società stessa.

#### **Art. 6: Pagamento del premio - Termini di rispetto (opzione migliorativa vale 10 punti)**

A parziale deroga dell'Art.1901 del Codice Civile, il Contraente è tenuto al pagamento della prima rata di premio entro 90 giorni dalla data della decorrenza della polizza; la garanzia si interrompe alle ore 24:00 del 90° giorno dalla stessa data di decorrenza e verrà riattivata dalle ore 24:00 del giorno del pagamento.

Se il Contraente non paga il premio per le rate successive entro il 90° giorno dalla scadenza, la garanzia resta sospesa dalle ore 24:00 del novantesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24:00 del giorno in cui viene pagato quanto dovuto, ferme restando le scadenze contrattualmente successive stabilite.

Il termine di mora di cui sopra, in deroga all'art 1901 c.c., vale anche per le scadenze delle rate successive ed inoltre qualora il Contraente si avvalga della facoltà di ripetizione del servizio o proroga.

Ai sensi dell'art. 48 del DPR 602/1973 la Società da atto che l'Assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuate dal Contraente ai sensi del D. M. E. F. del 18 gennaio 2008 n° 40, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'art. 3 del Decreto.

Inoltre il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'art. 72 bis ai sensi dell'art. 72 bis del DPR 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 c.c. nei confronti della Società stessa.

#### **Art. 7: Tracciabilità dei flussi finanziari**

La Società assicuratrice, la Società di brokeraggio assicurativo, nonché ogni altra Impresa a qualsiasi titolo interessata al presente contratto (cd filiera), sono impegnate a osservare gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari in ottemperanza a quanto previsto dalla Legge 13 agosto 2010 n. 136 e s.m.i. .

I soggetti di cui al paragrafo che precede sono obbligati a comunicare alla Stazione appaltante gli estremi identificativi dei conti correnti bancari o postali dedicati, anche se in via non esclusiva, alle movimentazioni finanziarie relative al presente contratto, unitamente alle generalità e al codice fiscale dei soggetti abilitati ad operare su tali conti correnti.

Tutte le movimentazioni finanziarie di cui al presente contratto dovranno avvenire – salve le deroghe previste dalla normativa sopra citata - tramite bonifico bancario o postale (Poste Italiane SpA) e riportare, relativamente a ciascuna transazione, il Codice Identificativo di Gara (CIG) o, qualora previsto, il Codice Unico di Progetto (CUP) comunicati dalla Stazione appaltante.

Il mancato assolvimento degli obblighi previsti dall'art. 3 della citata Legge n. 136/2010 costituisce causa di risoluzione del contratto, ai sensi dell'art. 1456 cc e dell'art. 3, c. 8 della Legge.

#### **Art. 8 – Revisione del prezzo (Efficace solo se accettata l'opzione migliorativa di cui all'art. 9 – Recesso della Società)**

Al verificarsi delle ipotesi di variazione del rischio previsti all'Art. 3 - "Variazioni del rischio", ovvero nel caso in cui l'ammontare dei sinistri pagati dalla Società sommato al computo degli importi posti a riserva dalla Società per i sinistri non ancora pagati, risulti eccedere, alla data della richiesta, l'ammontare del premio, al netto delle imposte, pagato dal Contraente o oggetto di regolazione per il medesimo periodo di oltre il 25%, la Società potrà richiedere, ai sensi dell'art. 106 del D. Lgs. 50/2016 "Codice degli Appalti", la revisione del prezzo. A tal fine si precisa che, ai



soli fini del calcolo revisionale, nel rapporto sinistri a premi di cui al precedente comma, verrà computato solo il 75% degli importi posti a riserva dalla Società per i sinistri riservati e non ancora pagati.

Il Contraente, entro 15 giorni, a seguito della relativa istruttoria e tenuto conto delle richieste formulate, decide in ordine alle stesse, formulando la propria controproposta di revisione. In caso di accordo tra le parti, si provvede alla modifica del contratto; qualora sia pattuito un aumento dei premi, il Contraente provvede a corrispondere l'integrazione del premio nei termini di cui all'art. 6 "Pagamento del premio".

#### **Art. 9: Recesso per sinistro (opzione base)**

Dopo ogni denuncia di sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, ciascuna delle Parti può recedere dal contratto con preavviso di 120 giorni da darsi con lettera raccomandata.

In tale caso, la Società entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte del premio, al netto dell'imposta relativa al periodo di rischio non corso.

#### **Art. 9 – Recesso della Società (opzione migliorativa vale 30 punti)**

La Società ha diritto di recedere dal contratto esclusivamente nei seguenti casi con le modalità di seguito indicate:

##### **Art. 9.1 – Recesso per dichiarazioni inesatte o reticenze del Contraente**

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del contraente, relative a circostanze tali che la Società non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, consentono, qualora il contraente abbia agito senza dolo o colpa grave, alla Società di recedere dal contratto stesso con un preavviso non inferiore a 120 giorni, mediante dichiarazione da inviare dalla Società al Contraente entro e non oltre tre mesi dal giorno in cui la Società ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.

Nella fattispecie di cui al precedente comma, qualora si verifichi un sinistro prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dalla Società, o prima che questa abbia dichiarato di recedere dal contratto, la Società è comunque tenuta, in deroga a quanto previsto dal comma 2 dell'art. 1893 c.c., al pagamento dell'indennizzo per l'intero.

##### **Art. 9.2 – Recesso per aggravamento del rischio**

Dopo il trentesimo giorno successivo alla proposta di cui all'art. 8 "Revisione del prezzo", presentata dalla Società, ovvero al termine della trattativa instaurata ai sensi del comma 2 del medesimo articolo, in caso di mancato accordo tra le parti, la Società può recedere dal contratto di assicurazione con preavviso non inferiore a 120 (centoventi) giorni, da comunicarsi al Contraente tramite Raccomandata AR (posta elettronica certificata).

##### **Art. 9.3 - Norme comuni in tutte le ipotesi di recesso**

La Società, entro 30 (trenta) giorni dalla data d'efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta governativa, relativa al periodo di rischio non corso. Ai fini del rimborso si tiene conto di eventuali importi dovuti dal Contraente.

In tutte le ipotesi di recesso, come disciplinate agli art. 9.1 e 9.2, la Società congiuntamente alla volontà espressa di recedere dal contratto dovrà fornire, nella comunicazione stessa di recesso, al Contraente tutti i dati di cui all'art. 11 – "Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio" necessari per la redazione del bando di gara per l'affidamento del nuovo contratto assicurativo. Si precisa che il recesso non produce effetto in caso di mancata produzione dei dati richiamati.

In tutte le ipotesi di recesso, come disciplinate di cui agli art. 9.1 e 9.2, qualora alla data di efficacia dello stesso, il Contraente non sia riuscito ad affidare il nuovo contratto di assicurazione, a semplice richiesta di quest'ultima, la Società s'impegna a prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni, contrattuali ed economiche, in vigore per un periodo massimo di 180 (centottanta) giorni (c.d. "proroga tecnica").

#### **Art. 10 - Interpretazione del contratto (opzione base)**

L'eventuale discordanza tra le norme che regolano l'Assicurazione in particolare, le norme che regolano l'assicurazione in generale e le norme del Codice Civile sui contratti di assicurazione, verrà risolta sempre nella maniera più favorevole al Contraente e/o agli Assicurati.

#### **Art. 10 - Interpretazione del contratto – clausola di buona fede estesa (opzione migliorativa vale 20 punti)**

Si conviene fra le Parti che, in caso di dubbio nell'interpretazione anche di una delle condizioni di polizza, si dovrà intendere che le stesse devono interpretarsi in senso conforme a quello in cui tali condizioni possano essere ritenute legittime e non contrarie a disposizione di legge; in ogni caso, verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole all'Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di polizza.

Il Contraente dichiara, e la Società ne prende atto, che attraverso il presente contratto, il medesimo intende dare corso alla più ampia tutela degli specifici interessi inerenti l'oggetto dell'Assicurazione ed in relazione a ciò si impegna e garantisce l'intenzione di eseguire secondo buona fede e correttezza ogni adempimento previsto a proprio carico dalle Condizioni tutte di Polizza. La Società parimenti dichiara che, sin d'ora, rinuncia ad eccepire



l'inoperatività della garanzia in conseguenza di inesatta, incompleta, ritardata od omessa esecuzione, da parte del Contraente di ogni e qualunque adempimento inerente la stipulazione e la gestione amministrativa della Polizza, inclusa l'esecuzione della stessa in caso di sinistro, purché ascrivibile ad atti od omissioni commessi in assenza di dolo dal Contraente o dalle persone del cui operato lo stesso deve rispondere. Resta inteso che il Contraente dovrà provvedere nel più breve tempo possibile all'esecuzione, rettifica, correzione, integrazione, completamento degli atti e comportamenti dovuti, nonché al pagamento del premio, o maggior premio, eventualmente spettante alla Società, nonché degli interessi di mora alla stessa dovuti nel caso in cui il ritardo nel pagamento abbia ecceduto i giorni di mora previsti. Fermo restando quanto precedentemente previsto, si precisa, a maggior chiarimento, che le disposizioni di cui al presente comma non modificano il contenuto e l'estensione della garanzia assicurativa secondo le disposizioni normative ed economiche previste dalla presente Polizza.

#### **Art. 11 - Obbligo di fornire i dati sull'andamento del rischio (opzione base)**

La Società si obbliga alla fine di ogni periodo annuo assicurativo 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 di data di apertura della pratica presso la Società, di data di accadimento del sinistro denunciato dal terzo reclamante, indicazione del nominativo del terzo reclamante, data della eventuale chiusura della pratica per liquidazione od altro motivo.

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

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.

#### **Art. 11 – Obbligo di fornire i dati sull'andamento del rischio (opzione migliorativa vale 10 punti)**

Pena l'applicazione della penale di cui all'ultimo comma del presente articolo, la Società:

1. entro 60 giorni dal termine di ciascuna annualità assicurativa,
2. entro 180 giorni antecedenti la scadenza finale del contratto,
3. nonché, in ogni caso di risoluzione anticipata del contratto, contestualmente all'esercizio del recesso,
4. oltre la scadenza contrattuale, al 30.12 di ogni anno e fino alla completa definizione di tutti i sinistri compresi i riservati

si impegna a fornire al Contraente, in formato elettronico Microsoft Excel® o altro supporto informatico equivalente purché editabile, il dettaglio dei sinistri, aggiornato a non oltre i 60 giorni precedenti, così articolato: sinistri denunciati con indicazione del numero di sinistro attribuito dalla Società, data di accadimento dell'evento, data di denuncia, descrizione dell'evento, nonché lo stato del sinistro come di seguito elencato:

- a) sinistri riservati con indicazione dell'importo a riserva;
- b) sinistri pagati parzialmente con indicazione dell'importo già liquidato e la data di pagamento;
- c) sinistri liquidati con indicazione dell'importo liquidato e la data di pagamento;
- d) sinistri senza seguito;
- e) sinistri respinti.

La Società espressamente riconosce che le previsioni tutte contenute nella presente clausola contrattuale:

- la impegnano a redigere il documento di cui sopra secondo un'accurata ed aggiornata informativa;
- rappresentano un insieme di obbligazioni considerate essenziali per la stipulazione ed esecuzione del presente contratto assicurativo, in quanto necessarie a rendere tempestivamente ed efficacemente edotto il Contraente circa gli elementi costitutivi e qualificanti del rapporto contrattuale con la Società.

Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al Contraente di chiedere ed ottenere, con il consenso della Società, un aggiornamento in date diverse da quelle indicate.

In caso di inadempienza da parte della Società, il Contraente provvederà a formalizzare contestazione scritta a mezzo di raccomandata con ricevuta di ritorno assegnando alla Società non oltre 10 giorni naturali e consecutivi per adempiere ovvero per produrre controdeduzioni. Laddove la Società persista nell'inadempimento e ove le controdeduzioni non fossero pervenute entro il termine prescritto o non fossero ritenute idonee, verrà applicata una penale nella misura di € 25,00 a valere sull'ammontare della cauzione definitiva per ogni giorno di ritardo nell'inadempimento rispetto ai termini indicati dal Contraente e per l'esecuzione delle prestazioni contrattuali.

### **Art. 12: Denuncia dei sinistri**

La denuncia del sinistro verrà effettuata per iscritto dalla Amministrazione, per il tramite del broker, entro trenta giorni lavorativi dall'evento o da quando l'Ufficio Assicurazioni della stessa ne sia venuto a conoscenza, e conterrà l'indicazione del giorno, luogo e ora dell'evento, la descrizione delle cause che lo determinarono, l'indicazione dei nominativi di eventuali testimoni, nonché tutti gli elementi atti a consentire una adeguata ricostruzione dell'evento, e sarà corredata delle certificazioni mediche e di ogni ulteriore documentazione necessaria.

L'assicurato o gli aventi diritto devono consentire le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dalla Società.

Inoltre, e sempre a questo scopo, l'assicurato si obbliga a liberare dal segreto professionale i medici curanti o dallo stesso interessati.

Qualora l'evento abbia causato la morte dell'assicurato o quando questa intervenga durante il periodo di cura, deve esserne dato prima possibile avviso a mezzo telefax o posta elettronica alla Società.

### **Art. 13: Trattamento dei dati**

Ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003 e ss.mm.ii, ciascuna delle parti (Contraente, Assicurato, Società) consente il trattamento dei dati personali rilevabili dalla polizza o che ne derivino, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali.

## **SEZIONE III - CONDIZIONI PARTICOLARI DELL'ASSICURAZIONE**

### **Art. 1: Soggetti assicurati**

Sono assicurati i soggetti rientranti nei gruppi, tra quelli di seguito elencati:

1. Amministratori (Commissario, Presidente, Assessori, Consiglieri);
2. Direttore Generale e/o Segretario generale, Dirigenti, Dipendenti di ogni livello, parasubordinati, temporanei, occasionali, a progetto:
  - 2.a alla guida di veicoli di proprietà o in uso a qualunque titolo alla Amministrazione stessa;
  - 2.b autorizzati all'impiego di veicoli propri;
3. ogni soggetto, diverso da quelli di cui ai punti che precedono, che presta la propria opera a favore della e/o presso la Amministrazione in base ad uno specifico accordo formale (quali, a titolo esemplificativo e non limitativo: i soggetti che frequentano la Amministrazione per formazione, aggiornamento, perfezionamento);
4. partecipanti ai corsi organizzati dalla Amministrazione per attività ricreative, sportive, culturali, di aggregazione;
- 5.a utenti dei servizi di interesse sociale attivati dall'Amministrazione;
- 5.b minori in affidamento;
6. Gruppo Operativo di Protezione Civile;
7. gli utenti degli asili nido, della scuola dell'infanzia e dei servizi parascolastici.

### **Art. 2: Oggetto dell'assicurazione**

Oggetto dell'assicurazione sono gli infortuni occorsi agli assicurati dai quali derivi la morte, o una invalidità permanente assoluta o parziale, o una inabilità temporanea, e/o esborsi per spese mediche.

### **Art. 3: Efficacia della copertura assicurativa – Limiti territoriali**

La copertura assicurativa si riferisce, senza limiti territoriali, agli infortuni sofferti dagli assicurati:

a. di cui al punto 1 dell'Art. Soggetti assicurati: in occasione o in conseguenza dell'espletamento del loro mandato, incarico o funzione, o a esso correlati, compresi quindi i trasferimenti, le missioni e il tragitto da, tra, per il/i luogo/i di lavoro, e la guida o uso di mezzi di locomozione di proprietà o in uso agli stessi o di proprietà o in uso alla Amministrazione (comprese quindi le operazioni necessarie per la ripresa della marcia in caso di fermata del veicolo, le operazioni di rifornimento del veicolo e ogni altra operazione ad esse assimilabile); sono altresì compresi gli infortuni sofferti durante il tragitto da e per l'abitazione.

b. di cui al punto 2.a: in occasione della guida di veicoli di proprietà o in locazione e/o comodato all'Amministrazione. L'assicurazione vale anche per gli infortuni subiti durante le operazioni necessarie per la ripresa della marcia in caso di fermata del veicolo, le operazioni di rifornimento del veicolo e ogni altra operazione ad esse assimilabile. Sono altresì compresi gli infortuni sofferti durante il tragitto da e per l'abitazione.

c. di cui al punto 2.b: in occasione della guida di veicoli di loro proprietà o in loro uso, per ragioni di servizio per conto dell'Amministrazione stessa. L'assicurazione vale anche per gli infortuni subiti durante le operazioni necessarie per la ripresa della marcia in caso di fermata del veicolo, le operazioni di rifornimento del veicolo e ogni altra operazione ad esse assimilabile. Sono altresì compresi gli infortuni sofferti durante il tragitto da e per



l'abitazione. La garanzia è operante sia quando la sede di partenza risulti essere il luogo presso il quale l'assicurato presta abitualmente servizio sia altro luogo secondo quanto stabilito dal regolamento di missione.

d. di cui al punto 3: durante lo svolgimento delle attività prestate a favore della Amministrazione, compreso il tragitto da, tra, per il/i luogo/i di lavoro nonché da e per l'abitazione;

e. di cui ai punti 4, 5, 7: durante la partecipazione ai soggiorni o ai corsi, o la fruizione dei servizi, compreso il tragitto da e per l'abitazione;

f. di cui al punto 6: in occasione o in conseguenza dell'espletamento delle attività svolte nell'ambito del servizio di protezione civile o ambientale, quali ad esempio azioni addestrative, di pronto intervento, di prevenzione, promozione e quant'altro correlato agli scopi del Gruppo di appartenenza, compresi quindi i trasferimenti, le missioni e il tragitto da, tra, per il/i luogo/i di svolgimento delle attività; sono altresì compresi gli infortuni sofferti durante il tragitto da e per l'abitazione.

#### **Art. 4: Estensioni della copertura**

L'assicurazione comprende anche – a titolo esemplificativo e non limitativo - gli infortuni conseguenti a o derivanti da:

- imprudenze e negligenze anche gravi;
- malore ed incoscienza, purché non determinati da uso di sostanze stupefacenti o simili assorbite per scopi non terapeutici;
- tumulti popolari, atti di pirateria, atti terroristici, aggressioni, atti violenti e/o azioni coercitive di terzi qualunque ne sia il movente;
- calamità naturali; solo per il punto in parola, nel caso di infortunio che riguardi contemporaneamente più persone assicurate in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo a carico della Società non potrà superare l'importo di € 5.000.000,00 (cinquemilioni/00) per anno assicurativo; superando questo limite, le indennità spettanti verranno proporzionalmente ridotte;
- stati di guerra (dichiarata o non dichiarata) per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero in un Paese sino ad allora non in stato di guerra;

nonché:

- l'annegamento ed asfissia di natura accidentale;
- l'avvelenamento da ingestione o l'assorbimento subitaneo di sostanze nocive;
- il contatto con corrosivi;
- le lesioni, compresa l'ernia ma esclusi gli infarti, determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico;
- la folgorazione, i colpi di sole o di calore, l'assideramento o il congelamento;
- le influenze termiche e atmosferiche;
- i morsi di animali o punture di insetti.

Le garanzie sono valide ed efficaci anche nei confronti di tutte le manifestazioni patologiche, sia immediate che verificatesi entro 180 giorni dall'infortunio, in diretto nesso causale con esso purché non causate e/o concausate da situazioni patologiche preesistenti anche se sconosciute all'assicurato.

#### **Art. 5: Liquidazione del danno**

1. In caso di infortunio mortale la Società liquiderà ai beneficiari (specificati dall'assicurato o, in mancanza, ai suoi eredi legittimi e/o testamentari) un importo pari a quello indicato nella scheda **CAPITALI ASSICURATI / PARAMETRI DI RIFERIMENTO**. In caso di morte presunta dell'assicurato, l'importo verrà liquidato dopo che siano trascorsi sei mesi dalla avvenuta presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta ai sensi degli artt. 60 e 62 C.C., e ciò anche se il corpo dell'assicurato non è stato ritrovato ma si presume che il decesso sia avvenuto a seguito di infortunio; qualora la Società abbia pagato l'indennità dovuta e dopo ciò risulti che l'assicurato sia vivo, la stessa avrà diritto alla restituzione della somma liquidata ed a restituzione avvenuta l'assicurato potrà far valere i propri diritti nel caso di invalidità permanente.

Qualora il decesso avvenga in una località diversa da quella della sede di lavoro o della residenza dell'Assicurato, la Società rimborserà altresì fino alla concorrenza di euro 2.000,00 (euro duemila/00) le spese necessarie per il trasporto della salma fino alla residenza dell'Assicurato.



2. Se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente, la Società liquida per tale titolo, l'indennità calcolandola sulla somma assicurata secondo le percentuali previste dalla "Tabella per l'industria allegata al Regolamento per l'esecuzione del D.P.R. 30 giugno 1965 N.1124" e successive modifiche.

La Società rinuncia all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla Legge stessa in caso di infortunio.

Per gli Assicurati mancini le percentuali di Invalidità Permanente previste dalla precitata tabella per l'arto superiore destro varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa.

La perdita totale e irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali della tabella sopraindicata vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.

Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti, l'indennità viene stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al limite massimo del 100%.

Per la singole falangi terminali delle dita, escluso il pollice, si considera Invalidità Permanente soltanto l'asportazione totale.

L'indennità per la perdita funzionale od anatomica di una falange del pollice è stabilita nella metà, per la perdita anatomica di una falange dell'alluce nella metà e per quella di una falange di qualunque altro dito in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella Tabella D.P.R. 30 giugno 1965 N.1124 l'indennità è stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi elencati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla sua professione.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali sopraindicate sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute, senza obbligo per la Contraente di denuncia dei difetti fisici, infermità o mutilazioni da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione del contratto o che dovessero in seguito sopravvenire.

Pertanto l'influenza che l'infortunio può avere esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili. Parimenti, nei casi di preesistente mutilazione o difetto fisico, l'indennizzo per invalidità permanente è liquidato per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra.

La Società, qualora abbia liquidato o comunque offerto in misura determinata l'indennizzo per la invalidità permanente da infortunio e l'assicurato sia deceduto entro due anni dall'evento, ed in conseguenza di questo, pagherà agli aventi diritto, secondo le norme della successione legittima o testamentaria, la differenza tra questo e l'indennizzo determinato per il caso di morte, se superiore, e nulla richiedendo in caso contrario.

3. In caso di infortunio che abbia per conseguenza una inabilità temporanea, la indennità giornaliera sarà erogata – indipendentemente da eventuali indennizzi dovuti in virtù di altre garanzie previste dalla polizza – a decorrere dal giorno successivo a quello in cui si verifica l'infortunio e fino al giorno precedente quello della avvenuta guarigione, con riduzione al 50% per il periodo durante il quale la inabilità è stata parziale.

4. In caso di infortunio verranno rimborsate, fino alla concorrenza per evento e anno assicurativo dell'importo indicato per questo caso, le spese sostenute quali, a titolo esemplificativo e non limitativo:

- spese di ricovero, rette di degenza,
- onorari dei chirurghi e dell'equipe operatoria,
- uso della sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi terapeutici, protesici e endoprotesi applicati durante l'intervento,
- esami, esami di laboratorio, accertamenti diagnostici,
- trattamenti fisioterapici e rieducativi, bagni, forni e altre cure mediche occorrenti,
- trasporto dell'assicurato in ospedale o in clinica e il ritorno a casa effettuato con ambulanza e/o mezzi speciali di soccorso,
- prestazioni mediche e infermieristiche, medicinali, sangue, plasma, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari e attrezzature similari.

Sono comprese le spese per cure, interventi chirurgici ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre o eliminare le conseguenze di danni estetici provocati da infortunio.

Qualora l'Assicurato venga ritenuto non curabile nell'ambito della organizzazione ospedaliera del luogo ove è avvenuto l'infortunio, la Società rimborsa inoltre fino alla concorrenza di euro 3.000,00 (euro tremila/00) le spese di trasferimento con il mezzo più idoneo al centro ospedaliero attrezzato per la cura dell'Assicurato più vicino alla sua residenza.

La Società effettuerà i rimborsi, previa presentazione dei documenti giustificativi di spesa in originale, a cura ultimata.



In caso di infortunio subito in occasione di viaggio aereo (comprese le fasi di imbarco e di sbarco e intendendo in garanzia il viaggio solo se effettuato dall'assicurato in qualità di passeggero a bordo di velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linea aerea regolare e non regolare, di aerotaxi, di Autorità civili e militari in occasione di traffico civile, di ditte e privati – esclusi aeroclubs - per attività turistica e di trasferimento, nonché di società di lavoro aereo durante il trasporto pubblico di passeggeri, o per attività di protezione civile e/o di emergenza sanitaria - elisoccorso), la somma degli indennizzi spettanti non potrà superare complessivamente per aeromobile l'importo di euro 6.000.000,00 (seimilioni/00); superando questo limite, le indennità spettanti verranno proporzionalmente ridotte.

Con riferimento a tale rischio aeronautico e a parziale deroga di quanto previsto all'art. Estensioni di copertura relativamente alla efficacia della stessa riguardante gli stati di guerra, si conviene tra le parti che la copertura assicurativa é efficace anche per i sorvoli e/o le soste non voluti dall'assicurato in zone in stato di guerra (per guasti, dirottamenti o altre circostanze simili).

In caso di infortunio sofferto contemporaneamente da più Assicurati che siano causati, riconducibili o conseguenti ad un medesimo evento, causa o circostanza, l'esborso a carico della Società – limite catastrofale – non potrà superare la somma complessiva di euro 15.000.000,00 (quindicimilioni/00). Superando detto limite, gli indennizzi spettanti a ciascun Assicurato verranno ridotti proporzionalmente.

#### **Art. 6: Modalità per la liquidazione dell'indennità**

La Società, ricevuto il certificato medico di guarigione o l'atto di morte, provvederà al pagamento delle indennità entro 60 giorni dal ricevimento di tali documenti.

La Società effettua il rimborso delle spese mediche di cui al punto 4. dell'art. "Liquidazione del danno" a cura ultimata e previa presentazione dei documenti giustificativi di spesa in originale.

Qualora l'infortunio indennizzabile ai sensi di polizza comporti una invalidità permanente di grado superiore al 20% (ventiprocento), la Società porrà a disposizione dell'infortunato un terzo della indennità corrispondente al danno al momento valutato, con riserva di successivo accertamento e conguaglio; il pagamento di tale anticipazione avverrà entro 30 giorni dal ricevimento, da parte della Società, della certificazione medica da cui risulti l'entità presunta della invalidità.

#### **Art. 7: Esclusioni**

Sono esclusi dall'assicurazione gli eventi sofferti in conseguenza di:

- azioni delittuose - accertate con giudizio penale passato in giudicato - compiute o tentate dall'assicurato, salvo che siano conseguenti a legittima difesa o umana solidarietà;
- trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dalla accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti, non riconducibili a scopi connessi alle attività della Amministrazione;
- guerra od insurrezione, ad eccezione di quanto previsto al precedente art. Estensioni della copertura;
- atti di terrorismo posti in essere tramite l'uso di sostanze nucleari, biologiche, batteriologiche o chimiche;
- abuso di psicofarmaci o da uso non terapeutico di stupefacenti od allucinogeni, o da ubriachezza alla guida di veicoli a motore o natanti;
- partecipazione ad imprese temerarie, salvo che si tratti di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- guida di mezzi di locomozione aerei;
- guida di veicoli o natanti per cui l'assicurato non sia regolarmente abilitato (ad eccezione degli assicurati di cui al punto 6 dell'art. Soggetti assicurati).

#### **Art. 8: Rinuncia al diritto di surroga**

La Società dichiara di rinunciare in favore dell'Assicurato, o dei suoi aventi diritto, all'azione di surrogazione che possa competere ai sensi dell'art. 1916 del C.C., verso i terzi responsabili dell'infortunio.

#### **Art. 9: Controversie sulla definizione del danno**

La determinazione della natura delle lesioni e la valutazione delle conseguenze dannose attribuibili all'evento sono effettuate dalla Società e dall'assicurato. A tal fine la Società invierà a quest'ultimo una proposta di indennità.

Qualora l'assicurato non intenda accettare la proposta pervenuta, la valutazione delle conseguenze attribuibili all'evento verrà, su domanda dello stesso, deferita ad un collegio di tre periti nominati uno dalla Società assicuratrice, uno dall'assicurato ed il terzo in accordo fra i primi due o, in difetto, dal Presidente del Tribunale del Foro ove ha sede la Amministrazione. Il collegio peritale eleggerà la propria residenza presso la sede della Amministrazione.



I periti, tenendo presenti le condizioni negoziali contenute nel presente contratto, decideranno a maggioranza. La loro decisione sarà impegnativa per le parti ed inappellabile anche in eventuale mancanza di sottoscrizione del perito dissenziente.

#### **Art. 10: Regolazione premio – Altre assicurazioni**

Il premio risulta costituito da una rata pagata anticipatamente calcolata sulla base dei dati forniti al perfezionamento del Contratto di Assicurazione, e da regolazioni annuali (attive o passive) calcolate sulla base dei dati consuntivi.

L'Amministrazione fornirà quindi alla Società entro i 90 giorni successivi alla scadenza di ogni periodo assicurativo, ai fini della regolazione del premio dell'annualità precedente, le variazioni intervenute.

Trascorso senza esito il termine sopra indicato l'assicurazione resta sospesa nei confronti della Amministrazione inadempiente, e per essa riprende la sua efficacia dalle ore 24 del giorno di avvenuta comunicazione scritta di tali dati. A polizza scaduta, la Società non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

Qualora nel corso dell'annualità assicurativa intervengano variazioni del numero di assicurati per inclusioni o esclusioni o per attivazione di gruppi di rischio previsti nella scheda **CAPITALI ASSICURATI / PARAMETRI DI RIFERIMENTO**, queste si intendono automaticamente efficaci ed assicurate senza l'obbligo della preventiva comunicazione e saranno soggette a conguaglio al termine dell'annualità stessa.

Per "parametri di riferimento" si intende:

- per i Gruppi di rischio 1, 3, 4, 5, 6, 7, ... : il numero dei soggetti rientranti nei gruppi di rischio assicurati;
- per il Gruppo di rischio 2.a: il numero di veicoli di proprietà o in locazione e/o comodato all'Amministrazione;
- per il Gruppo di rischio 2.b: il numero di Km effettuati con i veicoli di proprietà o in uso agli assicurati esclusi quelli effettuati con veicoli di proprietà o in locazione e/o comodato all'Amministrazione, per ragioni di servizio per conto dell'Amministrazione stessa.

L'Amministrazione è esonerata dalla preventiva denuncia delle generalità degli assicurati, per la identificazione dei quali si farà riferimento ai documenti ufficiali in possesso della stessa.

Si conviene che, ove la Amministrazione abbia in buona fede ommesso di fornire o fornito indicazioni inesatte o incomplete, la Società riconoscerà comunque la piena validità del contratto, fatto salvo il suo diritto a richiedere l'eventuale quota di premio non percepita.

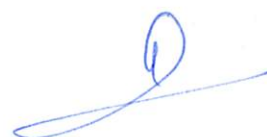
#### **Art. 11: Assicurazione per conto altrui**

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

#### **Art. 12: Disposizione finale**

Rimane convenuto che si intendono operanti solo le presenti norme dattiloscritte.

La firma apposta dalla Contraente su modelli a stampa forniti dalla Società Assicuratrice vale solo quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio tra le Società partecipanti alla associazione temporanea di imprese (se esistente).



CAPITALI ASSICURATI / PARAMETRI DI RIFERIMENTO

Categoria	Parametri di riferimento	Morte	Invalità Permanete	Inabilità temporanea	Spese mediche
1. Amministratori	0	€ 250.000	€ 350.000		€ 2.500,00
2.a. Dirigenti e dipendenti alla guida di veicoli dell'Amministrazione	n. veicoli 40	€ 250.000	€ 350.000		€ 2.500,00
2.b. DG, Dirigenti e dipendenti alla guida di veicoli propri	Km 30.000	€ 250.000	€ 350.000		€ 2.500,00
3. Altri soggetti operanti a favore della Amministrazione	0	€ 150.000	€ 150.000		€ 1.500,00
4. Partecipanti ai corsi organizzati dalla Amministrazione per attività ricreative, sportive, culturali, di aggregazione	0	€ 150.000	€ 150.000		€ 1.500,00
5.a. Utenti dei servizi di interesse sociale	0	€ 150.000	€ 150.000		€ 1.500,00
5.b. Minori in affido	0	€ 150.000	€ 150.000		€ 1.500,00
6. Componenti il Gruppo Operativo di Protezione Civile	0	€ 150.000	€ 200.000	€ 50,00	€ 3.000,00
7. Utenti Asili Nido, scuola infanzia e servizi parascolastici	0	€ 150.000,00	€ 150.000		€ 1.500,00

