



Lotto 5
Ambito b)
Schema di Polizza Infortuni Cumulativa
“INFORTUNI MINORI”
(Capitolato Tecnico)

COMUNE DI SAVONA

Sede Legale:
Corso Italia, 19
17100 SAVONA
C.F. 00175270099

Effetto: ore 24 del 30.06.2017
Scadenza: ore 24 del 30.06.2020

COMUNE DI SAVONA
(Provincia di Savona)

COPERTURA ASSICURATIVA INFORTUNI MINORI

Assicurati:

- ☐ N° 39 - minori in affido temporaneo avvenuto in qualsiasi circostanza al Contraente anche se collocati presso famiglie e/o persone affidatarie e/o terzi affidatari in genere.

OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE:

Infortunati occorsi durante lo svolgimento di qualsiasi attività degli assicurati.

GARANZIE RICHIESTE:

- ☐ vedi capitolato speciale allegato.

SOMME ASSICURATE PRO-CAPITE (Euro):	
Caso Morte	0,00
Invalidità Permanente	260.000,00

SOMME ASSICURATE PER CONDIZIONI PARTICOLARI (Euro):	
Spese mediche da Infortunio	3.000,00

FRANCHIGIA SU INVALIDITÀ' PERMANENTE

- ☐ Nessuna sino a € 207.000,00 – oltre 5%

DURATA DEL CONTRATTO:

- ☐ dalle ore 24.00 del 30.06.17 alle ore 24.00 del 30.06.2020 con rescindibilità annuale ed esclusione di tacito rinnovo. Dovrà altresì essere consentita, qualora richiesta, proroga tecnica ai sensi dell'art. 6 delle "Norme che regolano l'assicurazione in generale";
- ☐ Il premio si intenderà corrisposto con rateizzazione semestrale.

CAPITOLATO SPECIALE INFORTUNI MINORI

DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intendono per:

CONTRAENTE/ENTE	Il Comune di SAVONA che stipula il contratto;
ASSICURATO	il soggetto il cui interesse è tutelato dall'assicurazione;
SOCIETA'/IMPRESA ASSICURATRICE	la ;
BROKER	il broker incaricato dall'Ente (ASSIDEA & DELTA Srl fino al 30.09.17);
ASSICURAZIONE	il contratto di assicurazione;
POLIZZA	il documento che prova l'assicurazione;
PREMIO	la somma dovuta alla Società;
RISCHIO	la probabilità che si verifichi il sinistro;
SINISTRO	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione;
INDENNIZZO O INDENNITA'	la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro;
FRANCHIGIA	la parte di danno che l'Assicurato tiene a suo carico;
INFORTUNIO	l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza, entro 2 anni dall'evento stesso, la morte, un'invalidità permanente o una inabilità temporanea.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

art 1. Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio.

Salvo il caso di dolo, gli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile non trovano applicazione.

art 2. Pagamento del premio – Decorrenza della garanzia

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza.

La prima rata di premio deve essere pagata alla Società entro i 60 giorni successivi alla data di effetto del contratto. Qualora la consegna del contratto sia successiva a tale data, il pagamento della prima rata di premio dovrà essere effettuato entro i 60 giorni successivi alla consegna del medesimo al broker.

Il premio si intenderà corrisposto con rateizzazione semestrale.

Il periodo di mora per il pagamento di eventuali appendici o delle rate successive di premio è di 60 gg. dalla data di effetto o di consegna del documento al broker qualora successiva. Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del sessantesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.

Il premio deve essere pagato alla Direzione della Società o alla sede dell'Agenzia o del Broker alla quale è assegnata la polizza.

Tracciabilità dei flussi finanziari

La Società ed il Broker si impegnano a rispettare le disposizioni normative previste dall'art. 3 delle L. 136/2010 e s.m.i. sulla tracciabilità dei flussi finanziari. Le movimentazioni finanziarie dipendenti dal contratto verranno effettuate in conformità con quanto stabilito dalla già citata Legge n. 136 del 13.08.2010 e s.m.i. inerente la tracciabilità dei flussi finanziari. Il mancato rispetto delle predette norme, da parte della Società e del Broker, costituisce causa di risoluzione del contratto ex art. 3 co 9-bis della summenzionata Legge.

art 3. Modifiche dell'assicurazione

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

art 4. Aggravamento di rischio

Salvo il caso di dolo, l'art. 1898 del C.C. non trova applicazione.

A maggior chiarimento, si precisa che, in ogni caso, il Contraente e l'Assicurato sono comunque esonerati dall'obbligo di comunicare alla Società circostanze aggravanti il rischio quando le stesse siano conseguenti a provvedimenti od a disposizioni di legge o di Enti pubblici, compreso regolamenti ed atti amministrativi, nonché quando si verifichino per fatti altrui, rientrando pertanto il nuovo rischio automaticamente in garanzia.

art 5. Diminuzione del rischio

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

art 6. Durata e proroga dell'assicurazione

Il presente contratto ha validità dalle ore 24.00 del 30.06.17 alle ore 24.00 del 30.06.20 (scadenza anniversaria 30.06 di ciascun anno se poliennale) e cesserà automaticamente alla scadenza senza obbligo di disdetta.

E' facoltà del Contraente richiedere alla Società il mantenimento della presente assicurazione fino al completo espletamento delle procedure di aggiudicazione della nuova assicurazione. La Società, su richiesta del Contraente, si impegna a mantenere l'assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche in corso al momento della richiesta per un periodo massimo di centottanta giorni dalla scadenza contrattuale.

E' fatto salvo quanto previsto all'art. 8 delle presenti condizioni di polizza (Recesso in caso di sinistro).

art 7. Rescindibilità annuale (valida per polizze di durata superiore ad anni uno più eventuale rateo alla firma)

Le parti si riservano la facoltà di recedere dal contratto al termine di ciascun anno di assicurazione mediante preavviso scritto non inferiore a 120 giorni da darsi con lettera raccomandata. Resta fermo l'impegno della Società a mantenere l'assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche in corso al momento della richiesta effettuata dal Contraente per un periodo massimo di 180 giorni dalla nuova scadenza contrattuale, secondo le disposizioni di cui all'art. 6 che precede.

art 8. Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro e fino al trentesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, le Parti possono recedere dal contratto con preavviso di centoventi giorni. In tal caso la Società, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio imponibile relativa al periodo di rischio non corso.

art 9. Oneri fiscali

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

art 10. Foro competente.

Per le controversie riguardanti l'esecuzione del presente contratto è competente esclusivamente l'autorità giudiziaria del luogo ove ha sede il Contraente.

art 11. Validità esclusiva delle norme dattiloscritte

Si intendono operanti solo le norme dattiloscritte del presente capitolato speciale.

La firma apposta dal Contraente su moduli a stampa, o altro, vale solo quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio tra le Società partecipanti alla Coassicurazione.

art 12. Interpretazione del contratto

Si conviene tra le parti che in caso di dubbia interpretazione delle norme contrattuali verrà data l'interpretazione più estensiva e favorevole al Contraente o Assicurato (in ragione delle rispettive competenze) su quanto contemplato dalle condizioni tutte di assicurazione.

art 13. Forma delle comunicazioni alla Società

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente, o l'Assicurato, è tenuto devono essere fatte con lettera raccomandata (anche a mano), od altro mezzo (telefax, e-mail, PEC o simili), indirizzati alla Società oppure al Broker al quale il Contraente ha conferito incarico per la gestione della polizza.

art 14. Rinvio alle norme di legge

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

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

art 15. Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni subiti dagli Assicurati:

- minori in affidamento temporaneo avvenuto in qualsiasi circostanza al Contraente anche se collocati presso famiglie e/o persone affidatarie e/o terzi affidatari in genere;
- per ogni attività svolta dagli Assicurati.

Si dà e si prende atto che, a titolo esemplificativo e non limitativo, sono compresi in garanzia:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- l'ingestione o l'assorbimento di sostanze, fumi, gas, vapori e gli avvelenamenti;
- l'annegamento;
- la folgorazione;
- il contatto con corrosivi;
- le affezioni e gli avvelenamenti causati da morsi di animali o rettili o punture di insetti;
- l'assideramento o congelamento;
- i colpi di sole, di calore e di freddo;
- gli infortuni causati da influenze termiche ed atmosferiche;
- gli infortuni derivanti da malore e/o incoscienza;
- gli infortuni derivanti da imprudenza, negligenza e colpa anche grave del Contraente e/o dell'Assicurato e/o degli affidatari;
- gli infortuni derivanti da scioperi, sommosse, tumulti popolari, sabotaggio, terrorismo, aggressioni, vandalismi ed atti violenti in genere, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- gli infortuni subiti in conseguenza di eventi atmosferici e della natura o calamità naturali: terremoto, maremoto, alluvione, eruzione vulcanica, mareggiata, trombe d'aria/acqua, tempeste, uragani, frane, smottamenti, caduta di grandine o neve, valanghe, ecc. e fenomeni connessi;
- gli infortuni derivanti dall'uso e dalla guida di qualsiasi mezzo di trasporto pubblico o privato con esclusione di mezzi aerei. Relativamente all'uso di mezzi aerei, è fatto salvo quanto previsto dall'art. 18 (Infortuni aeronautici);
- le lesioni e/o conseguenze derivanti da sforzo (esclusi gli infarti) comprese le lesioni muscolari e le rotture tendinee;
- le conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche e di altre cure rese necessarie da infortunio;
- gli infortuni subiti durante il servizio militare in tempo di pace o durante il servizio sostitutivo dello stesso (volontari del servizio civile);
- gli infortuni derivanti da qualsiasi attività professionale, salvo in caso di attività sportive svolte professionalmente che si intendono regolamentate al punto che segue e da quanto previsto all'art. 16 - esclusioni;
- gli infortuni derivanti da attività sportive con l'intesa che per:
 - ❑ la pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di rocce o ghiacciai oltre il terzo grado, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, hockey su ghiaccio o a rotelle, immersioni con autorespiratore;
 - ❑ le attività sportive aventi carattere agonistico svolte in settori giovanili;la prestazione assicurativa verrà indennizzata con una franchigia del 5%.

art 16. Esclusioni

Salvo patto speciale non sono compresi nell'assicurazione gli infortuni derivanti da:

- uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni (e nelle relative prove) non di regolarità pura ;
- uso, anche come passeggero, di mezzi di volo non considerati aeromobili dalle leggi in materia, quali ultraleggeri, deltaplani, parapendio e simili;
- guida di mezzi di trasporto aerei;
- pratica di sports non regolamentati da federazioni sportive adenti al CONI o altri organismi sostitutivi o similari;
- di attività sportive costituenti per l'Assicurato attività professionale, principale o secondaria, nonché di quelle per le quali l'Assicurato stesso percepisca compensi pecuniari a qualsiasi titolo, ad eccezione di quanto previsto all'art. 15 che precede;
- abuso di alcolici o psicofarmaci o dall'uso non terapeutico di sostanze stupefacenti;
- azione delittuose compiute o tentate dall'assicurato;
- guerra ed insurrezioni, salvo quanto previsto all'art. 17.1 (Rischio Guerra);

- infortuni che siano conseguenza diretta o indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo e di radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.);
- atti di terrorismo nucleare, biologico, batteriologico e chimico.

Non sono considerati infortuni:

- gli infarti;
- le ernie, fatta eccezione per quelle traumatiche.

art 17. Estensioni di garanzia

17.1 Rischio guerra

La garanzia si intende estesa agli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata), guerra civile, invasione od insurrezione per il periodo massimo di quattordici giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi di cui sopra mentre si trova in un paese estero sino ad allora in pace. Sono comunque esclusi dalla presente estensione di garanzia gli infortuni occorsi nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di S. Marino.

17.2 Morte presunta

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, entro un anno dalla data dell'evento, il corpo dell'Assicurato non venisse ritrovato, la Società corrisponderà l'indennità prevista per il caso di morte.

La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi 6 mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta ai termini degli artt. 60 e 62 del C.C.

Resta inteso che se, dopo aver pagato l'indennizzo, l'Assicurato risulterà vivo, la Società avrà diritto alla restituzione della somma pagata.

A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita e residua, anche se nel frattempo fossero trascorsi oltre due anni dall'evento subito. La società pertanto non potrà invocare eventuali termini di prescrizione che, al più, decorreranno da quel momento.

17.3 Danni estetici

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza che abbia per conseguenza sfregi o deturpazioni di carattere estetico non altrimenti indennizzabili, la Società rimborsa, fino ad un importo massimo di € 2.600,00, le spese documentate sostenute dall'Assicurato entro due anni dalla data del sinistro, per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di eliminare o ridurre il danno estetico nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica.

17.4 Esposizione agli elementi

La Società, in occasione delle calamità naturali indicate in polizza e di arenamento, naufragio, atterraggio forzato o caduta di mezzo aereo, corrisponderà le somme rispettivamente assicurate per il caso di Morte ed Invalidità Permanente anche in quei casi in cui gli avvenimenti di cui sopra non siano la causa diretta dell'infortunio ma, in conseguenza della zona, del clima o di altre situazioni concomitanti (ad esempio perdita di orientamento o mancanza di cibo), l'Assicurato si trovi in condizioni tali da subire la morte o lesioni organiche permanenti.

17.5 Ernie addominali da sforzo

L'assicurazione è estesa, limitatamente al caso di Invalidità permanente ed di Inabilità temporanea (se prevista dal contratto), alle ernie addominali da sforzo, con l'intesa che:

- qualora l'ernia risulti operabile, verrà corrisposta solamente l'indennità per inabilità temporanea fino ad un massimo di 30 gg.;
- qualora l'ernia, anche se bilaterale non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposta solamente una indennità non superiore al 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 all'art. 30 (Controversie).

18. Infortuni aeronautici

L'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca, in qualità di passeggero, durante i viaggi aerei di trasporto pubblico o privato passeggeri, su velivoli ed elicotteri da chiunque eserciti tranne:

- da Società/Aziende di lavoro aereo per voli diversi dal Trasporto Pubblico di Passeggeri;
- da Aeroclubs.

Sono altresì esclusi i viaggi effettuati su apparecchi definiti per legge apparecchi "per il volo da diporto o sportivo".

Il rischio volo inizia nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dei suddetti aeromobili e cessa quando ne è disceso.

La salita e la discesa mediante scale o altre attrezzature aeroportuali fanno parte del rischio volo.

art 19. Estensione territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Il pagamento delle indennità verrà effettuato in Italia con moneta nazionale.

art 20. 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 maniacodepressive, stati paranoidei.

L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi.

Qualora l'infortunio colpisca una persona non assicurabile, il relativo premio imponibile sarà restituito dalla Società a richiesta del Contraente.

art 21. Esonero denuncia difetti fisici

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denuncia di difetti fisici, mutilazioni e/o infermità da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipula o che dovessero in seguito sopravvenire.

E' tuttavia confermato che l'indennizzabilità e la liquidazione di eventuali infortuni avverrà secondo i criteri stabiliti all'art. 25 (Criteri di indennizzabilità). E' altresì confermato quanto previsto all'art. 20 che precede.

art 22. Esonero denuncia generalità Assicurati

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per l'identificazione degli Assicurati al momento del sinistro si farà riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione e/o a qualsiasi altra documentazione del Contraente.

art 23. Altre assicurazioni

Il Contraente e gli Assicurati sono esonerati dall'obbligo di denuncia di altre assicurazioni sugli stessi rischi, pertanto l'eventuale coesistenza di altre polizze stipulate personalmente dai singoli assicurati o da altri per la copertura degli stessi rischi, non pregiudica la garanzia prestata con la presente polizza.

Il pagamento del relativo indennizzo verrà fatto in ogni caso nella misura dovuta a termini contrattuali.

art 24. Denuncia di infortunio e obblighi relativi

In caso di sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi diritto od il Contraente, devono dare avviso scritto, secondo le modalità previste dal contratto, entro 10 giorni dall'infortunio o da quanto ne hanno avuto la possibilità o dal momento in cui il Contraente ne abbia avuto conoscenza.

La denuncia di infortunio deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento e deve essere corredata da certificato medico.

Successivamente l'Assicurato o i suoi aventi diritto od il Contraente, devono inviare certificati medici sul decorso delle lesioni.

L'Assicurato o il Contraente o gli affidatari o, in caso di morte, gli aventi diritto, devono consentire alla società le indagini e gli accertamenti necessari.

art 25. Criteri di indennizzabilità

La società corrisponderà l'indennità per le sole conseguenze dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio può aver esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

Parimenti nei preesistenti casi di mutilazioni o difetti fisici, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette dell'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra e sana, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui all'art. 28 (Invalidità permanente) sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Art. 26 Pagamento dell'indennizzo

In caso di sinistro, ricevuta la necessaria documentazione, verificata l'operatività della garanzia e quantificato il danno, la Società liquida l'importo dovuto entro 30 giorni. Qualora non ci sia immediato accordo tra le Parti sull'ammontare dell'indennizzo, la Società, in attesa che questo sia determinato come previsto all'art. 30 (Controversie), provvederà al pagamento dell'importo da essa stimato, a titolo di acconto e salvo eventuale conguaglio successivo. Tale eventuale conguaglio dovrà essere liquidato dalla Società entro trenta giorni dalla definizione dello stesso.

art 27. Morte

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifica, anche successivamente alla scadenza della polizza, 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, salvo diversa designazione da parte dell'Assicurato, gli eredi legittimi o testamentari. In caso di premorienza o commorienza dei beneficiari designati, detta somma sarà liquidata agli eredi testamentari o legittimi.

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 28. Invalidità permanente

Se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente e questa si verifica, anche successivamente alla scadenza della polizza, entro due anni dal giorno dell'infortunio, la Società liquida, per tale titolo, l'indennità calcolandola sulla somma assicurata per invalidità permanente in base alle percentuali previste dalla Tabella delle valutazioni del grado percentuale di invalidità permanente – industria (all. n. 1) allegata al Regolamento per l'esecuzione del DPR 30/06/1965 n° 1124 e successive modifiche intervenute, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa di legge prevista.

Nei confronti degli Assicurati che risultino essere mancini, le percentuali di invalidità permanente previste per l'arto superiore destro e la mano destra, varranno per l'arto superiore sinistro e la mano sinistra e viceversa.

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

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

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella (all. n. 1) di cui al DPR 30 giugno 1965 n. 1124, già citata, l'indennità è stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi elencati, della misura nella quale è diminuita per sempre 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 di cui sopra sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Nei casi di invalidità permanente di grado pari o superiore al 60% sarà liquidata l'indennità pari all'intero capitale assicurato.

art 29. Cumulo di indennità

Se dopo il pagamento di un'indennità per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Società corrisponderà ai beneficiari designati o, in difetto, agli eredi in parti uguali, la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte ove questa sia superiore e non chiederanno il rimborso nel caso contrario.

Il diritto all'indennità per l'invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi, tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Società paga agli eredi dell'assicurato l'importo liquidato od offerto secondo le norme della successione testamentaria.

art. 30 Controversie

In caso di disaccordo sulla causa o sulla natura delle lesioni o sulla valutazione delle conseguenze attribuibili all'infortunio ed in ogni caso qualora insorga una controversia che abbia ad oggetto il presente contratto, le Parti hanno il diritto di adire gli organi di ordinaria giurisdizione.

art 31. Rinuncia alla rivalsa

Qualora l'infortunio sia imputabile a responsabilità di terzi, anche affidatari, o del Contraente, la Società rinuncia ad ogni azione di rivalsa per le somme pagate, lasciando così integri i diritti degli Assicurati o degli aventi diritto contro i responsabili dell'infortunio.

art. 32. Franchigia per invalidità permanente

La liquidazione delle indennità dovute verrà determinata come segue:

Invalidità Permanente

- sulla parte di somma assicurata fino a € 207.000,00, l'indennizzo per invalidità permanente è dovuto senza applicazione di alcuna franchigia;
- sulla parte di somma assicurata oltre € 207.000,00:
 - a) per invalidità permanente pari o inferiore al 5% non è dovuto alcun indennizzo;

b) per invalidità permanente superiore al 5%, l'indennizzo verrà liquidato solo per l'aliquota di invalidità permanente eccedente il 5%.

E' fatto salvo quanto previsto all'art. 15 al punto "infortuni derivanti da attività sportive".

Tali franchigie (compreso quanto previsto all'art. 15 al punto "infortuni derivanti da attività sportive") non trovano applicazione se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente di grado pari o superiore al 30%.

art. 33 Premio - Regolazione del premio

Il premio, anticipato dal Contraente in via provvisoria in base al numero di Assicurati indicati all'art. 35 che segue, moltiplicato per i premi unitari convenuti, è soggetto a regolazione calcolata sulla base dei dati consuntivi comunicati dal Contraente.

Il premio, pertanto, è così costituito:

- ☐ da una rata convenuta, pagata anticipatamente, ad ogni scadenza anniversaria e determinata in base al costo della copertura in rapporto agli elementi variabili dichiarati dal Contraente all'atto della sottoscrizione del contratto;
- ☐ da una regolazione (attiva, passiva o nulla) computata sui dati consuntivi comunicati dal Contraente al termine di ciascuna annualità secondo le modalità di seguito rappresentate.

Entro 120 giorni dalla fine di ciascun anno di assicurazione o del minor periodo di durata del contratto, il Contraente è tenuto a comunicare alla Società le variazioni di assicurati intervenute in costo di contratto. La comunicazione dovrà essere effettuata anche in assenza di variazioni.

L'appendice di regolazione dovrà essere perfezionata dalla parte debitrice entro 60 gg. dalla presentazione della stessa. Salvo il caso di dolo, qualora il Contraente abbia fornito indicazioni inesatte circa il numero (anche preventivo) degli Assicurati, la Società riconoscerà la piena validità del contratto, fatto salvo il suo diritto ad esigere le eventuali quote di premio non percepite.

L'assicurazione si intende immediatamente operante, senza obbligo di preventiva comunicazione da parte del Contraente, anche nei confronti di nuovi Assicurati.

art 34. Massimo indennizzo

Nel caso di sinistro che colpisca più persone assicurate l'esborso massimo complessivo a carico degli Assicuratori non potrà essere superiore ad € 10.000.000,00. Se gli indennizzi complessivamente dovuti dovessero eccedere tale importo gli Assicuratori procederanno alla loro proporzionale riduzione. Detta riduzione verrà effettuata in modo proporzionale alla somma assicurata per persona.

art 35. Somme assicurate – Assicurati

Sono assicurati:

- minori in affidamento temporaneo avvenuto in qualsiasi circostanza al Contraente.

Le somme assicurate pro-capite per le garanzie di polizza sono le seguenti:

SOMME ASSICURATE PRO-CAPITE (Euro):	
Caso Morte	0,00
Invalidità Permanente	260.000,00
Rimborso spese mediche da Infortunio	3.000,00

CONDIZIONI PARTICOLARI

(sempre operanti qualora indicata la relativa somma assicurata)

art 36. RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO

A) Definizioni

- E' considerato "ricovero" la permanenza in Istituto di cura che comporti almeno un pernottamento.
- E' considerato "day hospital" la permanenza in Istituto di cura in degenza diurna.

B) Prestazioni assicurate

Rimborso spese mediche da infortunio

A seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, la Società rimborsa – fino alla concorrenza della somma assicurata – le spese sostenute da ciascun Assicurato:

- a) **in caso di ricovero**, per la degenza in Istituto di cura (onorari dei medici, cure mediche e medicinali, accertamenti diagnostici, diritti di sala operatoria, materiali di intervento – comprese le endoprotesi, trattamenti riabilitativi e fisioterapici, rette di degenza, ecc.);
- b) **relativamente alle prestazioni sanitarie extra-ricovero**, per accertamenti diagnostici, onorari dei medici, interventi chirurgici ambulatoriali, cure mediche e medicinali prescritti, trattamenti riabilitativi e fisioterapici in genere, acquisto e/o noleggio di apparecchiature terapeutiche e/o ortopediche, cure e protesi dentarie rese necessarie da infortunio, trasporto dell'Assicurato all'Istituto di cura o di soccorso o da un Istituto di cura ad un altro con ambulanza e/o mezzi speciali di soccorso.

Il pagamento e/o rimborso di quanto dovuto all'Assicurato viene effettuato a cura ultimata, su presentazione, in originale, delle relative notule, distinte e ricevute, debitamente quietanzate, in Italia ed in moneta nazionale. Gli originali presentati dall'Assicurato a documentazione del sinistro saranno restituiti dalla Società, a richiesta, previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, distinte e ricevute per ottenere il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto a termini del presente contratto dietro dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

La garanzia vale anche in caso di ricovero in day hospital.

Obblighi in caso di sinistro

Ad integrazione di quanto previsto all'art. 24 delle "Norme che regolano l'assicurazione Infortuni" si conviene quanto segue:

- la denuncia di sinistro deve essere corredata da certificazione medica;
- l'Assicurato deve sottoporsi agli accertamenti e controlli medici disposti dalla Società. L'Assicurato o il Contraente o gli affidatari, per quanto di competenza, debbono fornire alla Società ogni informazione e produrre, in caso di ricovero, copia della cartella clinica completa, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato.

Precisazioni

Le presenti condizioni particolari, si intendono operanti anche se l'infortunio non ha determinato la morte o una invalidità permanente (o non abbia determinato il diritto ad altri indennizzi in relazione alle garanzie previste) o qualora l'indennizzo risulti assorbito da eventuali franchigie, purché per evento (infortunio) non escluso dalle condizioni di cui alla presente polizza.

art 37. Calcolo del premio lordo

Il premio annuo, comprensivo delle imposte di legge, è così determinato:

	Euro	Assicurati n.
Premio annuo pro-capite		39
Totale premio annuo		

art 38. Coassicurazione e delega (valida qualora risulti dalla polizza che l'Assicurazione è divisa in Quote fra diverse Società Coassicuratrici)

L'assicurazione è ripartita per quote tra le Società indicate nel sotto riportato riparto del premio:

Società	Ruolo	Quota percentuale di partecipazione
	Delegataria/Coassicuratrice	
Totale		100

Il Contraente/Assicurato dichiara di aver affidato la gestione del presente contratto al broker e le imprese assicuratrici hanno convenuto di affidarne la delega alla ; di conseguenza, tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti per conto del Contraente/Assicurato dal broker il quale tratterà esclusivamente con l'impresa Delegataria.

Le Società coassicuratrici saranno tenute a riconoscere come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutte le comunicazioni, anche sostanziali, ivi comprese quelle in relazione a sinistri, gli atti di gestione nonché ogni modificazione del contratto compiuti dalla Delegataria per conto comune, fatta soltanto eccezione per l'incasso dei premi di polizza il cui pagamento verrà effettuato dal Contraente per il tramite del broker direttamente nei confronti di ciascuna Coassicuratrice. Per effetto di quanto sopra, resta convenuto che tutte le comunicazioni dovranno essere trasmesse dall'una all'altra parte unicamente per il tramite della Società Delegataria compreso, in caso di sinistro, ogni comunicazione relativa alla interruzione della prescrizione che, inviata alla Delegataria, avrà pieno ed integrale effetto ai sensi di legge anche nei confronti delle Società coassicuratrici senza necessità di ulteriori comunicazioni. L'impresa Delegataria è tenuta al pagamento dell'intero indennizzo nei confronti dell'assicurato, salva la rivalsa nei confronti degli altri coassicuratori per la rispettiva quota di partecipazione.

La Delegataria può sostituire quietanze eventualmente mancanti delle Società coassicuratrici con altre proprie rilasciate in loro nome.

art. 39.Clausola Broker

Al broker è affidata la gestione ed esecuzione della presente assicurazione, ai sensi della normativa vigente, dell'Ente contraente. Ad ogni effetto di legge, le parti riconoscono al broker il ruolo di cui al D.Lgs 209/2005 relativamente alla collaborazione e l'assistenza della presente polizza, per tutto il tempo della sua durata, incluse eventuali proroghe, rinnovi, riforme o sostituzioni. Il Contraente e la Società si danno reciprocamente atto che le comunicazioni inerenti il presente contratto, ed il pagamento dei premi e di importi comunque dovuti in dipendenza dello stesso, avverranno per il tramite del broker incaricato. A tal fine, la Società delega espressamente il broker all'incasso di premi ed importi dovuti in dipendenza del contratto sottoscritto, ex art. 118 del D.Lgs. n. 209/2005, con effetto liberatorio per il Contraente ai sensi e per gli effetti dell'art. 1901 del codice civile. In caso di coassicurazione di cui al precedente art. 38, tale delega è espressamente rilasciata, con pari effetti, oltre che dalla impresa Delegataria da ciascuna impresa Coassicuratrice.

art. 40 – Osservazione del bilancio tecnico

La Società assicuratrice dovrà redigere ed inviare all'Ente o al Broker di cui all'art. 39, con cadenza trimestrale, la statistica dei sinistri denunciati in tale periodo, contenente l'aggiornamento delle pratiche precedentemente denunciate non ancora definite, riportante le seguenti informazioni minime:

- numero assegnato alla pratica;
- data e luogo dell'accadimento;
- data dell'inoltro dell'avviso ai sensi del precedente art. 24;
- cognome, nome dell'Assicurato;
- importo liquidato e/o riservato e/o stimato;
- stato della pratica.

La presente polizza di assicurazione si compone di n. frontespizio.

..... fogli (compreso n. 0 allegato) oltre l'eventuale

Il Contraente

La Società