

**UNIONE dei COMUNI
TERRE d'ACQUA**

*(Comuni di Anzola dell'Emilia, Calderara di Reno, Crevalcore, Sala Bolognese,
San Giovanni in Persiceto, Sant'Agata Bolognese)*

**COPERTURA ASSICURATIVA
INFORTUNI DEGLI ISCRITTI AGLI ISTITUTI EDUCATIVI COMUNALI
E
DEGLI UTENTI DI ATTIVITA' DIDATTICHE E COLLATERALI RIVOLTE
ALLA SCOLARITA'
DEL**

COMUNE DI SAN GIOVANNI IN PERSICETO

Lotto n° 8

DEFINIZIONI

Nel testo che segue, si intende per:

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.

Assicurato: il soggetto, persona fisica o giuridica, il cui interesse è protetto dalla assicurazione.

Assicurazione: il contratto di 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.

Broker: il Broker vigente Willis Italia SpA.

Comunicazioni: le comunicazioni effettuate per lettera raccomandata, alla quale sono parificate raccomandata a mano, telex, telegramma, facsimile, PEC o altro mezzo documentabile.

Contraente / Amministrazione / Ente: il soggetto, persona fisica o giuridica, che stipula l'assicurazione, nonché l'Ente contraente assicurato dalla polizza.

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

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

Indennizzo: la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Infortunio: l'evento avvenuto per causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano per conseguenza la Morte, una Invalidità Permanente oppure una Inabilità Temporanea.

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).

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

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.

Partita: ciascun gruppo di assicurati come descritto e definito.

Polizza: il documento che prova e regola la assicurazione.

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

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

Società: L'Impresa di Assicurazioni che garantisce il rischio e le eventuali Imprese Coassicuratrici o Mandanti nonché, laddove presenti, le Agenzie delle stesse (in gestione diretta o in economia) alle quali viene assegnato il contratto, oppure qualora trattasi di sindacato o sindacati dei Lloyd's, l'Assicuratore o gli Assicuratori.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1: Durata, impostazione e revisione del contratto

La copertura assicurativa ha effetto dalle ore 24.00 del **31.08.2019** e scadenza alle ore 24.00 del **31.08.2022**, con scadenze annuali intermedie al 31 agosto di ciascun anno, e con espressa esclusione del tacito rinnovo.

Inoltre, alla cessazione del contratto da qualunque causa determinata, è prevista una facoltà di proroga tecnica dell'assicurazione che la Società è tenuta a concedere, alle medesime condizioni normative ed economiche vigenti, per un periodo non superiore ad ulteriori 6 (sei) mesi, a fronte di specifica richiesta del Contraente da comunicare alla Società non oltre i 15 giorni antecedenti la cessazione del contratto.

Per tale periodo di proroga all'Impresa spetterà un importo di premio per ogni giorno di copertura che non potrà essere superiore a 1/365 del premio annuale.

E' facoltà di ciascuna delle parti rescindere il contratto in occasione di ogni scadenza annuale intermedia mediante comunicazione a mezzo raccomandata inviata dall'una all'altra parte almeno 60 (sessanta) giorni prima di tale scadenza; resta inteso che in caso di recesso notificato dalla Società al Contraente o dal Contraente alla Società, ai sensi del presente comma, il Contraente potrà richiedere un la proroga dell'assicurazione ai sensi del comma precedente per un periodo massimo di ulteriori 6 (sei) mesi.

Art. 2: Gestione del contratto

La gestione e assistenza nell'esecuzione del contratto è affidata al Broker di assicurazione indicato. Anche ai sensi del D.Lgs. 209/05 Codice delle Assicurazioni e s.m.i., l'Amministrazione e la Società si danno reciprocamente atto che tutti i rapporti, compreso il pagamento dei premi, avverranno per il tramite del broker; la Società dà atto che il pagamento dei premi al broker e' liberatorio per la Amministrazione, e riconosce ad esso un periodo di differimento per la loro corresponsione con scadenza il 10' giorno lavorativo del mese successivo a quello in cui scade il termine di pagamento per la Amministrazione. Tutte le comunicazioni riguardanti il contratto – che dovranno essere necessariamente inviate a mezzo posta raccomandata, telefax o posta elettronica con avviso di ricevuta - avverranno anch'esse per il tramite del suddetto broker, che viene quindi riconosciuto dalle parti quale mittente e/o destinatario in luogo e per conto delle stesse. Al Broker verranno retrocesse dall'Impresa o dall'Agenzia mandataria dell'Impresa, provvigioni pari al 2,70 % dei premi imponibili complessivamente pagati, atti di variazione e regolazioni premio comprese.

Art. 3: Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e buona fede

In deroga agli artt. 1892, 1893, 1894 e 1898 del Cod. Civ. si conviene che la mancata o inesatta comunicazione da parte del Contraente o dell'assicurato di circostanze che influiscono o avrebbero potuto influire sulla valutazione del rischio da parte della Società, non comporta la decadenza del diritto all'indennizzo, sempreché la Contraente non abbia agito con dolo.

In tal caso la Società rinuncia ad esercitare le azioni di annullamento e di recesso dal contratto ed ha la facoltà di richiedere la differenza di premio corrispondente al maggior rischio non valutato per effetto di circostanze non note, a decorrere dal momento in cui la circostanza si è verificata. Il Contraente ha la facoltà di accettare o rifiutare la richiesta di sovrappremio proposta dandone comunicazione alla Società entro 30 giorni. In caso di mancata accettazione ovvero nel caso in cui

tale termine sia decorso infruttuosamente, la Società potrà recedere dal contratto nei termini previsti dall'articolo - Recesso dal contratto.

Art. 4: Aggravamento del rischio

Il Contraente è tenuto a dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio (art. 1898 Cod. Civ.). Tuttavia, l'omissione o l'inesatta dichiarazione da parte del Contraente di circostanze eventualmente aggravanti il rischio, così come l'aggravamento del rischio conseguente a disposizioni di leggi, di regolamenti o di atti amministrativi, non pregiudicano il diritto al risarcimento dei danni, sempreché tali omissioni o inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo.

Resta inteso che la Società ha la facoltà di richiedere, una volta venuta a conoscenza delle circostanze aggravanti, la differenza di premio corrispondente al maggior rischio con effetto dalla data nella quale la conoscenza di tali circostanze è stata acquisita dalla Società; il Contraente ha la facoltà di accettare o meno la richiesta di sovrappremio proposta dalla società, la quale potrà recedere dal contratto nei termini previsti dall'articolo - Recesso dal contratto.

Art. 5: Diminuzione del rischio

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre proporzionalmente il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente (art. 1897 Cod. Civ.) e rinuncia al relativo diritto di recesso. Si conviene, altresì, che la diminuzione del premio conseguente a casi previsti da detto articolo, sarà immediata e la Società corrisponderà la relativa quota di premio pagata e non goduta, escluse le imposte, entro 60 giorni dalla comunicazione.

Art. 6: Cessazione del rischio

Nel caso di cessazione del rischio durante il periodo assicurativo, il Contraente è tenuto a comunicare alla Società la cessazione medesima; se il rischio cessa nel corso dell'annualità assicurativa, parzialmente o totalmente, la Società rimborserà l'eventuale rateo di premio pagato e non goduto (al netto delle imposte) al Contraente dalla data della predetta comunicazione di cessazione; viceversa, qualora il premio non fosse stato ancora pagato il Contraente corrisponderà quanto eventualmente tenuto a pagare alla Società sino alla data di cessazione, ratei e regolazioni comprese.

Art. 7: Riferimento alle norme di legge - Foro competente

Per quanto non previsto dalle presenti condizioni contrattuali valgono unicamente le norme stabilite dalla legge italiana, alla quale si fa rinvio per tutto quanto non è qui diversamente regolato. Per le controversie riguardanti l'applicazione del contratto, è competente in via esclusiva il Foro del luogo di residenza o sede del Contraente.

Art. 8: Pagamento del premio - Termini di rispetto

Anche in deroga al disposto dell'art. 1901 Codice Civile, l'Amministrazione pagherà alla Società, per il tramite del broker, i premi o e rate di premio spettante entro i 90 giorni successivi all'effetto dell'assicurazione, nonché suoi rinnovi, proroghe.

Nel caso di variazioni contrattuali o regolazioni onerose, il termine di cui al paragrafo che precede decorre dalla data di ricevimento della variazione o della regolazione premio da parte del Contraente.

Trascorsi senza esito i termini sopra indicati, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 dell'ultimo giorno utile e riprende la sua efficacia dalle ore 24 del giorno di pagamento del premio, ferme restando le scadenze contrattuali convenute.

Qualora le eventuali verifiche effettuate dal Contraente presso l'Agenzia delle Entrate Riscossione,, ai sensi del Decreto Ministeriale n. 40 del 18/01/2008 e della Circolare del Ministero dell'Economia e delle Finanze n. 22 del 29/07/2008, evidenziassero un inadempimento a carico della Società, la Società stessa da atto che l'Assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuate dal Contraente ai sensi di legge, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 (trenta) giorni di cui all'art. 3 del Decreto sopra citato. Inoltre il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agenzia delle Entrate Riscossione costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 c.c. nei confronti della Società stessa.

Art. 9: Facoltà di recesso

La Società ha facoltà di recedere dal contratto nei casi previsti agli articoli - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio - e - Aggravamento del rischio.

Inoltre, dopo ogni sinistro e sino al sessantesimo (60°) giorno successivo alla sua definizione, è facoltà delle parti – contraente e società - recedere dall'assicurazione mediante comunicazione all'altra parte con lettera raccomandata A.R.

In tale caso la copertura assicurativa rimarrà efficace per ulteriori 120 giorni dalla data di notifica del recesso.

La Società rimborserà al Contraente entro 30 giorni dall'effetto del recesso, il rateo di premio pagato e non goduto, escluse le imposte, dalla data di cessazione dell'assicurazione.

Qualora nel periodo intercorrente tra la formalizzazione del recesso mediante raccomandata, e il termine di cessazione dell'assicurazione ricada una scadenza di pagamento del premio, alla Società spetterà il rateo di premio intercorrente tra la data della scadenza del premio e il termine dell'assicurazione.

Resta inteso che, in caso di recesso anticipato dal contratto, i limiti aggregati annui delle franchigie (se previsti) andranno ridotti in proporzione al periodo di anticipata risoluzione della garanzia di polizza.

Art. 10: Interpretazione del contratto

Si conviene fra le Parti che verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole all'Assicurato e/o al Contraente su quanto contemplato dalle condizioni tutte di polizza.

Art. 11: 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, l'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. 12: Rinuncia alla rivalsa

Le prestazioni del contratto sono efficaci anche qualora il sinistro sia causato da comportamenti colposi dell'Assicurato ai sensi dell'art. 1900 C.C.. La Società rinuncia al diritto di surrogazione che le compete ai sensi dell'art. 1916 C.C. nei confronti del Contraente e dell'Assicurato, e salvo il caso in cui il danno sia ascrivibile a dolo o colpa grave giudizialmente accertata dalla Corte dei Conti con sentenza passata in giudicato.

Art. 13: Validità territoriale

L'assicurazione vale in tutto il mondo. Gli eventuali indennizzi saranno corrisposti in Italia e in Euro.

Art. 14: Assicurazione per conto di chi spetta

La presente polizza è stipulata dal Contraente in nome proprio e/o nell'interesse di chi spetta.

Art. 15: Informativa sui sinistri

La Società si impegna a fornire al Contraente e/o al Broker incaricato, con cadenza quantomeno annuale, e in ogni caso sei mesi prima della scadenza del contratto, qualificati resoconti sullo stato dei sinistri denunciati sul presente contratto ed in formato digitale editabile (Excel o equipollente), che comprendano i seguenti indispensabili elementi:

- a. n° di riferimento o repertoriatura attribuito dalla Compagnia;
- b. data dell'evento;
- c. indicazione dell'Amministrazione interessata dal danno, ovvero l'Ente assicurato riportato in ciascuna scheda attuativa;
- d. nominativo del danneggiato e/o controparte interessata (se del caso);
- e. stato del sinistro (ovvero l'indicazione di liquidato, riservato o senza seguito);
- f. importo liquidato e/o riservato.

È facoltà delle parti richiedere ed impegno fornire lo stesso riepilogo anche in altre occasioni qualora venga richiesto.

Art. 16: Partecipazione delle Società – Associazione temporanea di imprese

(operante se del caso)

Il servizio assicurativo di cui alla presente polizza è effettuato dalle Compagnie assicuratrici componenti la Associazione Temporanea di Imprese:

- ⇒ Compagnia ... Società mandataria
- ⇒ Compagnia ... Società mandante
- ⇒ Compagnia ... Società mandante

Il termine "Società" indica quindi tutte e ciascuna delle Compagnie assicuratrici costituenti l'Associazione Temporanea di Imprese.

La Società mandante riconosce come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti compiuti dalla Società mandataria per conto comune.

Le Società convengono che l'incasso dei premi di polizza avverrà per il tramite del broker, che provvederà a corrisponderlo a ciascuna Società secondo le rispettive quote percentuali di partecipazione alla Associazione Temporanea di Imprese:

- ⇒ Compagnia ... Quota xx%
- ⇒ Compagnia ... Quota xx%
- ⇒ Compagnia ... Quota xx%

Art. 17: Riparto di coassicurazione e delega

(operante se del caso)

L'assicurazione è ripartita tra le Società assicuratrici elencate nel "Riparto" che segue, in base alle rispettive quote percentuali indicate.

Il termine "Società" indica quindi tutte e ciascuna delle Compagnie assicuratrici elencate nel "Riparto".

In espressa deroga all'art. 1911 del Codice Civile la Società delegataria non potrà opporre all'Amministrazione assicurata il limite pro-quota, restando obbligata in via solidale alla integrale prestazione derivate dal contratto.

Le Compagnie coassicuratrici riconosceranno come validi ed efficaci anche nei propri confronti, tutti gli atti compiuti dalla Compagnia delegataria per conto comune.

Tutte le comunicazioni inerenti al contratto, ivi comprese quelle relative al recesso ed alla disdetta, devono trasmettersi dall'una all'altra parte unicamente per il tramite della Compagnia Coassicuratrice Delegataria e del Contraente.

Ogni comunicazione data o ricevuta dalla Delegataria si intende data o ricevuta nel nome e per conto di tutte le Coassicuratrici.

I premi di polizza verranno corrisposti dal Contraente al Broker che li rimetterà unicamente alla Compagnia Delegataria per conto di tutte le Coassicuratrici.

Con la firma della presente polizza o dell'offerta economica in sede di gara, le Coassicuratrici danno mandato alla Società Delegataria a firmare i successivi documenti di modifica anche in loro nome e per loro conto; pertanto la firma apposta dalla società Delegataria rende validi ad ogni effetto i successivi documenti anche per le coassicuratrici.

⇒ Compagnia ... Quota ... % - Delegataria

⇒ Compagnia ... Quota ... %

⇒ Compagnia ... Quota ... %

Art. 18: Trattamento dei dati

Ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003 e del GDPR (General Data Protection Regulation) - Regolamento UE 2016/679 e successive integrazioni e modifiche, 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.

Art. 19: 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. 20: 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) o alla coassicurazione (se esistente).

Art. 21: Clausole vessatorie

L'indicazione delle clausole che necessitano della specifica approvazione per iscritto ex artt. 1341 e 1342 del c.c. è a carico della Società, che dovrà provvedervi in s

CONDIZIONI PARTICOLARI DELL'ASSICURAZIONE

Art. 22: Soggetti assicurati

Sono assicurati i soggetti rientranti nei gruppi richiamati nelle Schede TECNICHE di conteggio del premio del presente contratto.

Ai fini dell'identificazione dei soggetti assicurati, l'Amministrazione è esonerata dalla preventiva denuncia delle generalità degli assicurati, per la identificazione dei quali si farà riferimento ai documenti in possesso dell'Amministrazione, che si impegna a produrre alla Società in caso di sinistro.

Il Contraente e l'assicurato sono esonerati dall'obbligo di denunciare le malattie sofferte, nonché le mutilazioni ed i difetti fisici da cui gli assicurati fossero affetti al momento dell'attivazione dell'assicurazione o che dovessero in seguito sopravvenire.

Art. 23: 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. 24: Estensioni della copertura

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

- ◇ imprudenze e negligenze ai sensi dell'art.1900 C.C.;
- ◇ malore ed incoscienza, purché non determinati da uso di sostanze stupefacenti o simili assorbite per scopi non terapeutici;
- ◇ eventi tellurici e calamità naturali in generale; 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 € 10.000.000,00 (diecimilioni/00) per anno assicurativo; superando questo limite, le indennità spettanti verranno proporzionalmente ridotte;
- ◇ tumulti popolari, atti di pirateria, atti terroristici, aggressioni, atti violenti e/o azioni coercitive di terzi qualunque ne sia il movente;
- ◇ 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. 25: Rischio in itinere (valido se richiamato nelle singole partite di polizza)

La garanzia è operante durante tutti i trasferimenti, effettuati con qualsiasi mezzo di locomozione, oppure a piedi, dall'Assicurato, tra la propria abitazione o dimora, anche se occasionale, ed il normale luogo di lavoro o la abituale destinazione o il luogo ove si svolge l'attività descritta in garanzia che costituisce il rischio assicurato, sia all'andata che al ritorno, oppure qualsiasi altro luogo ove l'Assicurato si rechi a svolgere la propria mansione, occupazione o qualsiasi altra attività comunque assicurata.

La garanzia è operante anche durante le operazioni di salita e discesa dai mezzi di trasporto, sia pubblici che privati.

La presente garanzia opera inoltre, nei termini di cui sopra, per via del proprio stato di "Reperibilità" professionale, dal luogo ove l'assicurato si trovava al momento della chiamata, e per qualsiasi luogo in cui l'Assicurato si rechi in virtù delle mansioni e della professione e svolta.

Art. 26: Supervalutazione per invalidità permanente grave

Nel caso in cui la invalidità permanente indennizzabile sia di grado non inferiore al 65%, verrà corrisposto un indennizzo pari al 100% del capitale assicurato per il caso di Invalidità Permanente, fermo restando in ogni caso il disposto dell'articolo – Liquidazione del danno.

Art. 27: Anticipo indennizzi

Qualora trascorsi tre mesi dal termine delle cure mediche, sia prevedibile che all'Assicurato infortunatosi residui un'invalidità permanente di grado superiore al 20% e non sussistano, sulla base delle informazioni sino a quel momento disponibili, riserve sull'indennizzabilità dell'infortunio, la Società, se richiesta, corrisponderà all'Assicurato un anticipo pari alla metà di quello che spetterebbe in base alla previsione, da conguagliarsi in sede di liquidazione definitiva.

Art. 28: 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 TECNICA.

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 2.500,00 (euro duemilacinquecento) 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 indicata 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 alla voce **Spese Mediche** nella Scheda TECNICA, le spese sostenute quali, a titolo esemplificativo e non limitativo:
 - ◇ spese di ricovero, rette di degenza in istituto di cura pubblico o privato;
 - ◇ 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,
- ◇ applicazione di apparecchi gessati, bendaggi, e docce di immobilizzazione,
- ◇ trattamenti fisioterapici e rieducativi, bagni, forni e altre cure mediche occorrenti,
- ◇ trasporto dell'assicurato a qualsiasi Istituto di cura pubblico o privato, e il ritorno a casa, oppure direttamente all'abitazione dell'assicurato, 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.
- ◇ cure odontoiatriche e odontotecniche, e per protesi dentarie, a seguito di sinistro indennizzabile a termini di polizza; tale garanzia è prestata sino alla concorrenza di Euro 3.000,00 per sinistro;
- ◇ acquisto di lenti, comprese quelle a contatto, ed incluse le relative montature, reso necessario da un danno oculare o comunque da un infortunio indennizzabile a termini di polizza; tale garanzia è prestata sino alla concorrenza di Euro 600,00 per sinistro.

Qualora l'Assicurato venga ritenuto non curabile nell'ambito della organizzazione ospedaliera del luogo ove e' 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 e' 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 similari).

In caso di infortuni sofferti 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 10.000.000,00 (diecimilioni/00) per sinistro e per anno.

Superando detto limite, gli indennizzi spettanti a ciascun Assicurato verranno ridotti proporzionalmente.

Art. 29: Danni estetici

Si conviene che in caso di un infortunio indennizzabile a termini contrattuali che produca conseguenze di carattere estetico, ma che non comporti risarcimento a titolo di Invalidità Permanente, la Compagnia liquiderà comunque le spese sostenute dall'Assicurato per le cure e gli interventi, anche chirurgici, effettuati allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico.

La presente garanzia è prestata sino alla concorrenza di Euro 30.000,00 per sinistro.

Art. 30: 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 all'articolo "Liquidazione del danno" a cura ultimata e previa presentazione dei documenti giustificativi di spesa in originale.

CONDIZIONI OPERATIVE DELL'ASSICURAZIONE

Art. 31: 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 i quali l'assicurato non sia regolarmente abilitato;
- ◇ pratica del paracadutismo e sport aerei in genere.

Art. 32: 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. 33: Denuncia dei sinistri – Obbligo di denuncia - Impegni della Società

La denuncia del sinistro verrà effettuata per iscritto dall'Amministrazione, anche per il tramite del broker, entro quindici 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. 34: Costituzione del premio e regolazione - Buona fede

Il premio di polizza è calcolato moltiplicando i premi unitari convenuti per i numeri corrispondenti indicati all'art "Scheda Tecnica e di conteggio del premio".

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 numeriche intervenute.

Trascorso senza esito il termine sopra indicato, la Società è tenuta ad inviare una comunicazione scritta di sollecito; trascorsi senza esito anche i 30 giorni successivi al ricevimento di tale comunicazione, 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, queste si intendono automaticamente efficaci ed assicurate senza l'obbligo della preventiva comunicazione e saranno soggette a conguaglio al termine dell'annualità stessa.

Si conviene che, ove l'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. 35: Partite e gruppi assicurati – Somme assicurate

PARTITA 1) RISCHIO INFORTUNI DEGLI ISCRITTI AGLI ISTITUTI EDUCATIVI COMUNALI, DEGLI UTENTI DI ATTIVITÀ DIDATTICHE E COLLATERALI RIVOLTE ALLA SCOLARITA'.

La garanzia copre gli infortuni subiti dagli iscritti agli asili ed alle scuole comunali d'infanzia amministrate dal Contraente, durante lo svolgimento di tutte le attività didattiche, ricreative e

socio-culturali previste dai programmi e/o disposte dagli organi e dai ruoli competenti, comprese le attività accessorie, integrative e collaterali, nulla escluso né eccettuato, compresi quelli occorsi durante il trasporto scolastico.

La garanzia è prestata anche per gli utenti di attività e servizi in generale predisposti ed erogati dal Contraente, e quand'anche la gestione sia affidata a terzi, a favore della scolarità ed anche nel caso in cui i fruitori dei servizi non siano iscritti alle scuole comunali, quali a titolo esemplificativo e non esaustivo centri gioco scuola dell'infanzia, centri estivi scuola primaria, progetto continuità asilo nido-scuola materna, ludoteca, trasporto scolastico, servizio di anticipo e prolungamento dell'orario scolastico, ecc.

La garanzia deve intendersi operante anche all'esterno dei locali scolastici o di quelli destinati ad ospitare l'attività assicurata, a condizione che dette attività siano svolte con l'accompagnamento ed il controllo di personale autorizzato.

E' inoltre compreso il rischio "in itinere" così come descritto dalle condizioni contrattuali che precedono..

Somme Assicurate	
Caso Morte	€ 200.000,00
Invalità Permanente	€ 250.000,00
Rimborso spese mediche	€ 5.000,00

Art. 36: Scheda Tecnica e di conteggio del premio

Il premio di polizza è calcolato moltiplicando i premi unitari convenuti per i numeri corrispondenti indicati alla voce "parametri di riferimento" nella scheda di conteggio del premio.

Per "parametri di riferimento" si intende quanto segue:

Partita N°	Denominazione del rischio assicurato	Parametro di riferimento: definizione	Premio unitario per parametro di riferimento €
1	rischio infortuni degli iscritti agli istituti educativi comunali, degli utenti di attività didattiche e collaterali rivolte alla scolarità	il numero dei soggetti assicurati dal contratto

SCHEDA DI CALCOLO DEL PREMIO

Part. N°	Denominazione del rischio assicurato	Parametro di riferimento: numero	Premio unitario per parametro di riferimento €	Premio complessivo per partita €
1	rischio infortuni degli iscritti agli istituti educativi comunali, degli utenti di attività didattiche e collaterali rivolte alla scolarità	800
			PREMIO TOTALE ANNUO €
			di cui Imposte