



COMUNE DI TRIESTE

Area Risorse Economiche-Finanziarie e di Sviluppo Economico

Appalti di Servizi

Allegato A)

CAPITOLATO PER L'ASSICURAZIONE

INFORTUNI CUMULATIVA

Lotto 4

CIG 5250983041

Decorrenza ore 24.00 del 31.10.2013

Scadenza ore 24.00 del 31.10.2016

SOMMARIO

SEZIONE 1 DEFINIZIONI E IDENTIFICAZIONE DEGLI ASSICURATI

- Art.1 Definizioni
- Art.2 Identificazione degli Assicurati

SEZIONE 2 NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

- Art.1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio
- Art.2 Assicurazione presso diversi Assicuratori
- Art.3 Durata del contratto - Facoltà annuale di recesso
- Art.4 Pagamento del premio e decorrenza della garanzia
- Art.5 Tracciabilità dei flussi finanziari
- Art.6 Regolazione del premio
- Art.7 Recesso a seguito di sinistro
- Art.8 Modifiche dell'assicurazione
- Art.9 Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società
- Art.10 Oneri fiscali
- Art.11 Foro competente
- Art.12 Interpretazione del contratto
- Art.13 Titolarità dei diritti nascenti dal contratto
- Art.14 Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio
- Art.15 Deposito cauzionale definitivo
- Art.16 Clausola Broker
- Art.17 Posta certificata
- Art.18 Rinvio alle norme di legge

SEZIONE 3 RISCHI COPERTI

- Art.1 Oggetto dell'assicurazione
- Art.2 Rimborso spese mediche
- Art.3 Diaria di ricovero
- Art.4 Diaria di gessatura
- Art.5 Diaria per inabilità temporanea
- Art.6 Spese di trasporto a carattere sanitario
- Art.7 Rientro della salma
- Art.8 Danni estetici
- Art.9 Rischio aeronautico
- Art.10 Servizio militare
- Art.11 Rischio guerra
- Art.12 Atti di terrorismo

SEZIONE 4 ESCLUSIONI

- Art.1 Esclusioni
- Art.2 Persone escluse dall'assicurazione o non assicurabili

SEZIONE 5 GESTIONE DEI SINISTRI

- Art.1 Denuncia del sinistro e relativi obblighi
- Art.2 Criteri di indennizzabilità
- Art.3 Controversie
- Art.4 Liquidazione dell'indennità
- Art.5 Franchigie

Art.6	Limite di massimo indennizzo
Art.7	Rinuncia all'azione di surroga
Art.8	Responsabilità del Contraente

SEZIONE 6 SOMME ASSICURATE, FRANCHIGIE E CALCOLO DEL PREMIO

Art.1	Somme assicurate, franchigie
Art.2	Calcolo del premio e modalità di applicazione della regolazione
Art.3	Disposizione finale

SEZIONE 1 DEFINIZIONI E IDENTIFICAZIONE DEGLI ASSICURATI

Art.1 - Definizioni

Assicurazione :	Il contratto di assicurazione
Contratto :	Il documento che prova l'assicurazione;
Contraente :	Il soggetto che stipula l'assicurazione.
Assicurato :	La persona fisica o giuridica il cui interesse è protetto dalla Assicurazione
Beneficiario :	In caso di morte gli eredi legittimi o testamentari, in tutti gli altri casi l'assicurato stesso.
Società :	L'impresa assicuratrice nonché le coassicuratrici;
Broker :	ATI AON S.p.A. / AFI CURCI Srl quale mandatario incaricato dal Contraente della gestione ed esecuzione del contratto, riconosciuto dalla Società.
Premio :	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
Rischio :	la probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.
Sinistro :	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
Indennizzo :	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Franchigia :	La parte di danno in importo fisso che l'Assicurato tiene a suo carico.
Scoperto :	La parte percentuale di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.
Annualità assicurativa o periodo assicurativo :	Il periodo pari o inferiore a 12 mesi compreso tra la data di effetto e la data di scadenza o di cessazione dell'assicurazione.
Infortunio :	ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte e/o una invalidità permanente e/o una inabilità temporanea.
Invalidità permanente :	la diminuita capacità o la perdita definitiva ed irrimediabile della capacità generica ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato.
Inabilità temporanea :	la perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato di attendere alle attività professionali dichiarate
Istituto di cura:	l'ospedale pubblico, la clinica, la casa di cura sia accreditati presso il Servizio Sanitario Nazionale che privati, legalmente riconosciuti e regolarmente autorizzati al ricovero dei malati, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno
Ricovero:	la degenza in Istituto di cura che comporti almeno un pernottamento
Massimale per sinistro	la massima esposizione della Società per sinistro.

Art.2 – Identificazione degli Assicurati

Le garanzie di cui al presente capitolato si riferiscono a tutte le categorie, riportate alla Sezione 6, per le quali il Contraente ha l'obbligo od interesse ad attivare la copertura assicurativa e vale per gli infortuni subiti dagli Assicurati in occasione della partecipazione ad attività o nello svolgimento di mansioni dichiarate dal Contraente stesso.

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per la loro identificazione si farà riferimento alle evidenze amministrative tenute dal Contraente.

Il Contraente resta altresì esonerato dall'obbligo di notificare preventivamente alla Società le malattie, le infermità, le mutilazioni ed i difetti fisici da cui fossero affette le persone assicurate all'atto della stipula del presente contratto, o degli inserimenti successivi, o che dovessero in seguito sopravvenire.

Le garanzie di cui al presente capitolato si intendono operanti per infortuni occorsi nel mondo intero. Gli eventuali indennizzi verranno corrisposti solo in Italia in Euro (€).

SEZIONE 2 NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

Art.1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte e reticenti del Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli art. 1892, 1893 e 1894 C.C..

Il Contraente deve comunicare alla Società ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 C.C.. La Società ha peraltro il diritto di percepire la differenza di premio corrispondente al maggior rischio a decorrere dal momento in cui la circostanza si è verificata.

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

Tuttavia l'omissione, incompletezza o inesattezza della dichiarazione da parte del Contraente di una circostanza eventualmente aggravante il rischio, durante il corso di validità del contratto così come all'atto della sottoscrizione della stessa, non pregiudicano il diritto all'indennizzo, sempreché tali omissioni, incomplete o inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo dei legali rappresentanti degli assicurati.

Il Contraente e l'Assicurato sono esentati da qualsiasi obbligo di dichiarare i danni che avessero colpito le polizze di responsabilità Civile da loro sottoscritte precedentemente alla stipulazione del presente contratto di assicurazione.

Art.2 - Assicurazione presso diversi Assicuratori

Si dà atto che possono sussistere altre assicurazioni per lo stesso rischio. In tal caso, per quanto coperto di assicurazione in base al presente capitolato, ma non coperto dalle altre, la Società risponde per l'intero danno e fino alla concorrenza del massimale previsto dal presente capitolato.

Per quanto efficacemente coperto in base al presente capitolato di assicurazione sia da altri contratti assicurativi, la Società risponde soltanto per la parte di danno eccedente il massimale delle altre polizze.

Si esonera il Contraente dal dare preventiva comunicazione alla Società di eventuali polizze già esistenti e/o quelle che verranno in seguito stipulate sugli stessi rischi oggetto del presente contratto; l'Assicurato ha l'obbligo di farlo in caso di sinistro, se ne è a conoscenza.

Art.3 – Durata del contratto - Facoltà annuale di recesso

L'assicurazione ha decorrenza e scadenza come indicato nel frontespizio.

Pur essendo il contratto stipulato per durata superiore ad un anno, la Società ed il Contraente hanno la facoltà di risolverlo, alla scadenza di ciascun periodo assicurativo, mediante lettera raccomandata, telegramma o posta elettronica certificata (PEC) da inviarsi almeno quattro mesi prima della scadenza.

Si conviene che nell'ipotesi di risoluzione del contratto alla prima scadenza annuale dello stesso o a quelle successive o alla scadenza del contratto stesso, è in ogni caso facoltà della Contraente chiedere ed ottenere dalla Società una proroga della presente assicurazione fino al completo espletamento delle procedure d'aggiudicazione della nuova assicurazione e comunque per un periodo massimo 120 giorni.

La Società s'impegna a prorogare l'assicurazione, per il periodo massimo suddetto, alle medesime condizioni, contrattuali ed economiche, in vigore ed il relativo rateo di premio verrà corrisposto entro 60 (trenta) giorni dal ricevimento della relativa appendice ritenuta corretta.

Intervenuta disponibilità di convenzioni Consip o accordi quadro resi disponibili da centrali di committenza (art. 1, comma 13, DL 95/2012 convertito in Legge 135/2012).

L'Amministrazione si riserva di recedere dal contratto qualora accerti la disponibilità di nuove convenzioni Consip o accordi quadro di centrali di committenza che rechino condizioni più vantaggiose rispetto a quelle praticate dall'affidatario, nel caso in cui l'impresa non sia disposta ad una revisione del prezzo in conformità a dette iniziative. Il recesso diverrà operativo previo invio di apposita comunicazione, e fissando un preavviso non inferiore ai 15 giorni. In caso di recesso verranno pagate al fornitore le prestazioni già eseguite ed il 10% di quelle non ancora eseguite.

Art.4 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in frontespizio ancorché il premio venga versato entro i 60 giorni successivi al medesimo. I premi devono essere pagati alla Società Assicuratrice.

Anche le eventuali appendici comportanti un incasso del premio potranno essere pagate entro 60 giorni dalla data di ricezione, da parte della Contraente del relativo documento correttamente emesso dalla Società. Resta comunque inteso che l'assicurazione decorrerà con copertura immediata dalla ore 24 del giorno indicato nel documento di variazione.

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

Resta convenuto che è considerata a tutti gli effetti, come data di avvenuto pagamento, a prescindere da quando materialmente sarà accreditato il premio, quella dell'atto che conferisce tale ordine al Servizio Tesoreria del Contraente a condizione che gli estremi dell'atto vengano comunicati alla Società a mezzo raccomandata o fax o e.mail

Si precisa che se dai controlli effettuati dall'Ente, in ottemperanza del D.M. n. 40 del 2008 risultasse un inadempimento a carico della/e Società assicuratrice/i la/e stessa/e si impegna/no a ritenere in copertura il rischio, anche oltre i termini di mora, fino al termine delle procedure di verifica imposte dall'Art. 3 del D.M. precedentemente richiamato.

Art.5 – Tracciabilità dei flussi finanziari

L'assicuratore assume tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'articolo 3 della legge 13 agosto 2010, n. 136 e successive modifiche al fine di assicurare la tracciabilità dei movimenti finanziari relativi all'appalto. Ai fini della tracciabilità dei flussi finanziari gli strumenti di pagamento devono riportare nella causale il codice identificativo di gara (CIG) Qualora l'assicuratore non assolva agli obblighi previsti dall'art. 3 della Legge n. 136/2010 per la tracciabilità dei flussi finanziari relativi all'appalto, il presente contratto si risolve di diritto ai sensi del comma 8 del medesimo art. 3.

Art.6 – Regolazione del premio

Poiché il premio è convenuto in tutto o in parte in base ad elementi di rischio variabile, esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in offerta ed è regolato alla fine di ciascun

periodo assicurativo annuo o della minor durata del contratto secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio. A tale scopo entro 60 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione il Contraente deve fornire per iscritto alla Società i dati necessari per il conteggio del premio consuntivo.

Le differenze attive risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei 60 giorni successivi al ricevimento da parte del Contraente dell'apposita appendice ritenuta corretta di regolazione emessa dalla Società.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti od il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società deve fissargli, mediante atto formale di messa in mora, un ulteriore termine non inferiore a 30 giorni dandone comunicazione scritta, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto od a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo annuo per il quale non ha avuto luogo la regolazione od il pagamento della differenza attiva e la garanzia resta sospesa fino alle ore 24.00 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto i suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

In caso di mancata comunicazione dei dati di regolazione o di mancato pagamento del premio di conguaglio non dovuti a comportamento doloso del Contraente, gli eventuali sinistri potranno essere indennizzati nella stessa proporzione esistente tra premio versato a deposito e l'intero premio dovuto (deposito più conguaglio).

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie gli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società deve fissargli lo stesso termine di 30 giorni trascorso il quale, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, la Società stessa non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

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

Art.7 - Recesso a seguito di sinistro

La Società e/o il Contraente hanno facoltà, dopo ogni sinistro e fino al 30° giorno del pagamento o rifiuto dell'indennizzo, di comunicare il proprio recesso dal contratto rispettando comunque un termine di preavviso non inferiore a 120 giorni a decorrere dalla data di ricezione della raccomandata da parte del Contraente/Società. In caso di recesso da parte della Società, la stessa rimborserà al contraente i ratei di premio pagati e non goduti escluse le imposte

Qualora venga esercitato il diritto di recesso di cui al primo comma del presente articolo, la Contraente potrà richiedere alla Società di recedere alla prima scadenza utile da tutti gli altri contratti assicurativi, tanto in qualità di Delegataria che di Coassicuratrice, essa avesse in essere con la Contraente stessa mediante preavviso scritto da inviarsi almeno 120 giorni prima della scadenza del periodo assicurativo in corso di ciascun contratto.

Art.8 - Modifiche dell'assicurazione

Le eventuali modifiche debbono essere provate per iscritto.

Art.9 - Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente è tenuto devono essere fatte con lettera raccomandata (anche a mano) od altro mezzo (telefax o simili) indirizzata alla Società oppure al Broker al quale il Contraente ha conferito incarico per la gestione del contratto.

Art. 10 - Oneri fiscali

Tutti gli oneri fiscali, presenti e futuri, relativi al premio, agli indennizzi, al contratto ed agli atti da esso dipendenti, sono a carico del Contraente anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

Art.11 - Foro competente

Tutte le controversie che potessero sorgere relativamente al presente atto, non risolubili in via amministrativa, saranno deferite alla competenza dell'Autorità Giudiziaria Ordinaria. Il Foro competente è quello di Trieste.

Art.12 - Interpretazione del contratto

Si conviene fra le Parti che verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole al Contraente/Assicurato.

Art.13 – Titolarità dei diritti nascenti dal contratto

L'assicurazione è stipulata in nome proprio e per conto altrui; pertanto gli obblighi derivanti dalla stessa devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 Codice Civile.

Art.14 - Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio

La Società o l'Agenzia alla quale è assegnato il contratto, con cadenza semestrale al 31/10 ed al 30/04 di ciascuna annualità, si impegna a fornire al Contraente per il tramite del Broker dei tabulati contenenti i dati relativi all'andamento del rischio dall'inizio del contratto assicurativo, possibilmente in formato elettronico (excel).

Tali tabulati dovranno riportare per ciascun sinistro:

- numerazione attribuita alla pratica;
- data di accadimento;
- estremi di controparte e/o assicurato;
- stato di gestione del sinistro (aperto / riservato / liquidato / senza seguito);
- importo liquidato o posto a riserva.

Si precisa in proposito che:

- i predetti tabulati dovranno essere forniti entro 30gg da ciascuna delle date sopra indicate, anche in assenza di formale richiesta scritta del Contraente e/o del Broker;
- in previsione della scadenza definitiva del contratto, ed al fine di consentire l'indizione di una nuova procedura di gara, 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;
- l'obbligo di fornire i dati in argomento permane anche successivamente alla definitiva scadenza del contratto, a fronte di formale richiesta scritta da parte del Contraente, anche per il tramite del broker, da inviarsi con cadenza annuale a far tempo dalla data di cessazione del contratto.

Art.15 – Deposito cauzionale definitivo

A garanzia del completo adempimento di tutti gli obblighi assunti con il presente capitolato ed il relativo contratto, l'appaltatore deve costituire una cauzione definitiva ai sensi dell'art. 113 del Decreto Legislativo 12.04.2006 n. 163 e successive modificazioni ed integrazioni con fideiussione bancaria o polizza assicurativa. La cauzione viene restituita dopo la scadenza del contratto, previo accertamento da parte del Comune di Trieste del regolare e definitivo adempimento di tutti gli obblighi contrattuali. In caso di costituzione con polizza assicurativa, deve essere previsto il rinnovo tacito della stessa finché non sia intervenuto il formale svincolo da parte del Comune di Trieste. Fatto salvo il diritto al risarcimento degli eventuali maggiori danni, il Comune di Trieste può in qualsiasi momento ritenere sul deposito cauzionale definitivo i crediti derivanti dal presente capitolato e dal relativo contratto, dandone comunicazione all'appaltatore; quest'ultimo ha l'obbligo di reintegrare o ricostituire il deposito cauzionale stesso entro dieci giorni dalla notifica della comunicazione stessa.

In caso di risoluzione del contratto per inadempimento dell'appaltatore, il deposito cauzionale definitivo viene incamerato a titolo di penale, fatto salvo il diritto del Comune di Trieste al risarcimento degli eventuali maggiori danni.

Art.16 - Clausola Broker

L'Assicurato dichiara di aver affidato la gestione del contratto all'ATI Aon S.p.A / Afi Curci Srl in qualità di Broker, ai sensi del D.lgs n. 209/05 e s.m.i.

Pertanto, agli effetti delle condizioni del presente capitolato, la Società dà atto che ogni comunicazione fatta dal Contraente/Assicurato al Broker si intenderà come fatta alla Società stessa e viceversa, come pure ogni comunicazione fatta dal Broker alla Società si intenderà come fatta dal Contraente/Assicurato stesso.

La Società inoltre, riconosce che il pagamento dei premi possa essere fatto tramite il Broker sopra designato e riconosce che tale atto è liberatorio per l'Assicurato/Contraente.

Art. 17 – Posta certificata

Qualora il Contraente lo richieda, La Società si obbliga all'attivazione di almeno una postazione munita di posta elettronica certificata per l'invio e/o ricezione delle comunicazioni relative alla gestione sinistri.

Art.18 - Rinvio alle norme di legge

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

SEZIONE 3 RISCHI COPERTI

Art.1 – Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio delle attività dichiarate dal Contraente, compreso il rischio in itinere.

L'assicurazione vale altresì per le garanzie di cui ai seguenti artt. 2, 3, 4, 5, 6 della presente Sezione purché richiamate per le singole categorie di Assicurati alla Sezione 6.

Si ritengono invece automaticamente prestate per tutti gli Assicurati le garanzie di cui ai seguenti artt.7, 8 e 9 della presente Sezione.

Sono compresi in garanzia anche:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti o le intossicazioni conseguenti ad ingestione od assorbimento di sostanze;
- contatto con corrosivi;
- le affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi;
- l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento;
- la folgorazione;
- i colpi di sole o di calore o di freddo;
- le lesioni (esclusi gli infarti) determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico;
- gli infortuni derivanti da aggressioni in genere;
- gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismi, attentati, sequestri, rapine, azioni di dirottamento o di pirateria a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- gli infortuni derivanti da malore ed incoscienza;
- gli infortuni derivanti da imprudenza, imperizia e negligenza anche gravi;
- gli infortuni derivanti dall'uso o guida di ciclomotori e motocicli di qualunque cilindrata, trattori e macchine agricole semoventi, veicoli a motore e natanti, a condizione che l'Assicurato in caso di guida sia in possesso, ove prescritto, di regolare patente di abilitazione alla guida medesima;
- gli infortuni causati da forze della natura compresi terremoto, maremoto, eruzione vulcanica, alluvioni, inondazioni, frane, smottamenti, valanghe, slavine;
- gli infortuni causati da influenze termiche ed atmosferiche;
- gli infortuni derivanti da abuso di alcolici, con l'esclusione di quelli subiti alla guida di veicoli e/o natanti in genere;
- ernie traumatiche e le ernie addominali da sforzo.

Art.2 – Rimborso spese mediche

La Società in caso di infortunio indennizzabile rimborsa all'Assicurato, fino a concorrenza per sinistro di quanto stabilito alla Sezione 6, le spese sostenute:

- per visite specialistiche, per accertamenti diagnostici, per prestazioni infermieristiche, per terapie riabilitative, per medicinali; l'indennizzo per singolo sinistro verrà corrisposto al netto della franchigia di € 50,00 nel limite di € 1.500,00;
- per spese di trasporto all'Istituto di cura con autoambulanze e/o altri mezzi speciali di soccorso nonché per il rientro a domicilio;
- durante il ricovero in Istituto di cura pubblico, accreditato, privato per onorari di medici, chirurghi, anestesisti ed assistenti, per diritti di sala operatoria, materiali d'intervento, apparecchi terapeutici ed endoprotesici applicati durante l'intervento;
- per rette di degenza;
- per intervento chirurgico ambulatoriale

Art.3 – Diaria per ricovero

La Società corrisponde, in caso di infortunio indennizzabile, l'indennità giornaliera indicata scheda della Sezione 6 fino al limite ivi stabilito, per ogni giorno di degenza, effettuato in Istituti di Cura pubblici, accreditati o privati in Italia o all'estero. Al fine del computo dei giorni di degenza, il giorno di entrata e quello di uscita sono computati come un singolo giorno.

Art.4 – Diaria per gessatura

La Società corrisponde, in caso di infortunio indennizzabile che comporti l'applicazione di apparecchio gessato o di tutori immobilizzanti equivalenti, l'indennità giornaliera indicata nella scheda della Sezione 6 fino al limite ivi stabilito, per ogni giorno di effettiva applicazione dell'apparecchio gessato o del tutore immobilizzante equivalente.

Art.5 – Diaria per inabilità temporanea

La Società corrisponde, in caso di infortunio indennizzabile che comporti una inabilità dell'Assicurato ad attendere le sue occupazioni professionali o abituali, l'indennità giornaliera indicata nella scheda della Sezione 6 fino al limite ivi stabilito per ogni giorno di inabilità.

Art.6 – Spese di trasporto a carattere sanitario

La Società rimborsa, in caso di infortunio indennizzabile, i costi eventualmente sostenuti per il trasporto dal luogo dell'infortunio ad un Istituto di Cura attrezzato, il trasporto tra Istituti di Cura e dall'Istituto di Cura al domicilio dell'Assicurato con il mezzo di trasporto ritenuto più idoneo dai medici. Il rimborso avverrà nei limiti del massimale indicato nell'apposita scheda della Sezione 6 e verrà limitato ad un massimo di due viaggi.

Art.7 – Rientro della salma (valido in Italia e all'Estero)

La garanzia è estesa al rimborso delle spese sostenute per il rientro della salma dell'Assicurato fino al luogo di sepoltura e ciò fino alla concorrenza di € 2.000,00.=, in caso di decesso a seguito di infortunio o malattia che lo colpiscano nel corso di una missione o viaggio disposto dal Contraente od effettuato nell'ambito di un'iniziativa dal medesimo promossa.

Art.8 – Danni estetici

Si conviene che in caso di infortunio non escluso dalle Condizioni del presente capitolato, che produca conseguenze di carattere estetico al viso, ma che non comporti indennizzo a titolo di invalidità permanente, la Società rimborserà comunque le spese documentate sostenute dall'Assicurato per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico, nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica, il tutto entro il limite di € 5.000,00.= per evento.

Art. 9– Rischio aeronautico

L'assicurazione comprende gli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei effettuati in qualità di passeggero su velivoli ed elicotteri, durante voli turistici o di trasferimento, con esclusione dei voli effettuati da aeroclubs o da società di lavoro aereo non in occasione di trasporto pubblico di passeggeri.

La garanzia è prestata per le somme corrispondenti a quelle assicurate nel presente capitolato e per rischi da esso previsti.

Il cumulo delle somme assicurate, con questa garanzia o con altre assicurazioni, da chiunque stipulate a favore degli stessi Assicurati per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni, non potrà superare le somme assicurate:

- €1.000.000,00.= per il caso di morte
- €1.000.000,00.= per il caso di invalidità permanente
- € 260,00.= per il caso di inabilità temporanea

per persona e di:

- €10.200.000,00.= per il caso di morte
- €10.200.000,00.= per il caso di invalidità permanente
- € 10.400,00.= per il caso di inabilità temporanea

complessivamente per aeromobile.

In detta limitazione per aeromobile rientrano i capitali riferentesi ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze infortuni, unicamente se stipulate dallo stesso Contraente.

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

Art.10 – Servizio militare

Per quanto riguarda il personale alle dirette dipendenze dell'Ente, durante il servizio militare di leva, il servizio sostitutivo, l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale l'assicurazione resta valida ma non comprende gli infortuni subiti durante le attività militari così come definite in precedenza.

L'assicurazione è invece operante nei confronti di coloro che esplicano il servizio sostitutivo di quello militare di leva quali addetti ai corpi di polizia municipale, nonché quali obiettori di coscienza.

Art.11 – Rischio guerra

A parziale deroga del disposto dell'Art.1 Sezione 4, la garanzia viene estesa agli infortuni avvenuti all'estero (escluso comunque il territorio della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino) derivanti da stato di guerra civile, guerra, invasione, atti nemici, ostilità (sia che la guerra sia dichiarata e no), per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di eventi bellici mentre si trova all'estero.

Art. 12 – Atti di terrorismo

A parziale deroga del disposto dell'Art.1 Sezione 4, la garanzia viene estesa agli infortuni derivanti da atti di terrorismo compiuti tramite armi e/o ordigni di tipo convenzionale.

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

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

SEZIONE 4 ESCLUSIONI

Art.1 – Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni occorsi:

1. in occasione di eventi direttamente connessi allo stato di guerra dichiarata o non dichiarata;
2. durante la guida e l'uso di mezzi di locomozione aerea e la guida di mezzi subacquei, salvo quanto previsto all'art. 10, Sezione 3;
3. in conseguenza di dolo o di azioni delittuose dell'Assicurato;
4. sotto influenza di stupefacenti, psicofarmaci ed allucinogeni assunti volontariamente fatto salvo se dietro prescrizione medica;
5. da stato di ubriachezza alla guida di veicoli o natanti a motore in genere;
6. in conseguenza diretta od indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
7. in occasione della partecipazione a gare e corse (e relative prove) che comportano l'uso o la guida di veicoli a motore e natanti, salvo che si tratti di regolarità pura, dalla pratica del paracadutismo, del pugilato e dell'alpinismo oltre il 3° grado.

Art.2 – Persone escluse dall'assicurazione o non assicurabili

Non sono coperte:

1. fatto salvo patto speciale, le persone di età superiore a ottant'anni. Tuttavia per persone che raggiungano tale età nel corso del contratto di assicurazione, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa al compimento di detto termine, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti, dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso verranno restituiti a richiesta del Contraente;
2. indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici; sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS). L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi.

SEZIONE 5 GESTIONE DEI SINISTRI

Art.1 – Denuncia del sinistro e relativi obblighi

La denuncia dell'infortunio dovrà contenere l'indicazione del luogo, del giorno e dell'ora dell'evento, nonché le cause che lo hanno determinato, dovrà essere corredata di certificato medico ed indirizzata al broker o alla Società, entro il 30° giorno dal momento in cui il Contraente ne è venuto a conoscenza.

Avvenuto l'infortunio, l'Assicurato deve ricorrere alle cure di un medico e seguirne le prescrizioni.

Successivamente l'Assicurato deve inviare, periodicamente e sino a guarigione avvenuta, certificati medici sul decorso delle lesioni, nonché le fatture, notule e ogni altro documento comprovante le spese mediche o farmaceutiche sostenute e rimborsabili.

Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, dovrà essere dato immediatamente avviso alla Società a mezzo telefax e/o telegramma.

Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato, salvo che siano espressamente comprese nell'assicurazione.

Art.2 – Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; 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'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti.

a) MORTE

L'indennizzo per il caso di morte è dovuto se la morte stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza contrattuale - entro due anni dal giorno dell'infortunio.

Tale indennizzo viene liquidato ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, in parti uguali agli eredi dell'Assicurato secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per l'invalidità permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Società corrisponderà ai beneficiari, o in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali, la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte ove questa sia superiore e non chiederà il rimborso in caso contrario.

b) MORTE PRESUNTA

La Società dichiara che se il corpo dell'Assicurato non venisse trovato entro un anno a seguito di arenamento, affondamento e naufragio del mezzo di trasporto aereo, lacustre, fluviale o marittimo, fermo restando quanto previsto dalle Condizioni di Assicurazione, verrà riconosciuto l'indennizzo previsto per il caso di morte, considerando l'evento di cui sopra come infortunio.

Quando sia stato effettuato il pagamento delle indennità ed in seguito l'Assicurato ritorni o si abbiano di lui notizie sicure, la Società ha diritto alla restituzione delle intere somme pagate e relative spese, e l'Assicurato stesso potrà fare valere i diritti che eventualmente gli sarebbero spettati nel caso avesse subito lesioni indennizzabili a norma della presente assicurazione.

Le lesioni corporali causate dall'esposizione agli elementi della natura dovuti ad un atterraggio di fortuna, arenamento, affondamento o naufragio del mezzo di trasporto sopra richiamato, sono peraltro garantite dal presente capitolato.

c) INVALIDITA' PERMANENTE

Se l'infortunio ha per conseguenza un'invalidità permanente e questa si verifica - anche successivamente alla scadenza contrattuale - ma comunque entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquiderà per tale titolo e solo in questo caso una indennità calcolata sulla somma assicurata al momento dell'infortunio per l'invalidità permanente, come segue:

la valutazione del grado di Invalidità Permanente sarà effettuata facendo riferimento alla Tabella allegata al D.P.R. del 30.06.1965 n.1124 (Settore Industria) con rinuncia alle franchigie relative stabilite, nonché alle successive eventuali modificazioni ed integrazioni, con l'intesa che le percentuali indicate nella Tabella anzidetta vengano riferite ai capitali assicurati per il caso di invalidità permanente totale.

La Società prende atto che, se l'Assicurato risulta mancino, il grado di invalidità per il lato destro sarà applicato al sinistro 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 si tratta di minorazione, le percentuali 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%.

L'indennità per la perdita funzionale ed 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, l'indennità è stabilita tenendo conto 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 minorati, le percentuali sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Nel caso di ernia che per essere determinata da infortunio (ernia traumatica) risulti compresa in garanzia, l'indennità è stabilita come segue:

- se l'ernia è operabile e il contratto prevede il caso di inabilità temporanea, la Società corrisponderà la somma giornaliera assicurata per l'inabilità temporanea, fino ad un massimo di trenta giorni;
- se l'ernia non risulta operabile, la Società corrisponderà l'indennità fino al 10% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente.

Questi massimi valgono anche se l'ernia è bilaterale.

Qualora insorga contestazione circa l'operabilità o meno dell'ernia, la decisione sarà rimessa al Collegio Arbitrale di cui al successivo art. 4.

Nei casi di invalidità permanente non specificati, 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.

Nei casi di invalidità permanente di grado pari o superiore al 65% sarà liquidata l'indennità pari all'intero capitale assicurato.

Il diritto all'indennità per 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 l'importo liquidato od offerto ai beneficiari, o in difetto di designazione degli stessi, agli eredi dell'Assicurato secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

Per i casi in cui l'infortunio indennizzabile comporti una invalidità permanente di grado prevedibilmente superiore al 20% (ventipercento), la Società porrà a disposizione dell'Assicurato, a titolo di acconto, un importo pari ad un terzo dell'indennità corrispondente all'indennizzo valutato al momento, da congruarsi in sede di definitiva liquidazione del sinistro.

Il pagamento di tale anticipazione da parte della Società avverrà entro 30 giorni dal ricevimento della certificazione medica da cui risulta l'entità presunta dell'invalidità permanente.

d) DIARIE

Qualora sia provato che l'infortunio ha causato l'inabilità temporanea o il ricovero o l'applicazione di gessature o di tutore immobilizzante equivalente, la Società con riferimento alla natura ed alla conseguenza delle lesioni riportate dall'Assicurato, liquida l'indennità giornaliera, se prevista per la categoria, integralmente.

L'indennità cessa con il giorno della avvenuta guarigione risultante dal certificato medico; se però l'Assicurato non trasmette tale certificato, viene considerata data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato medico regolarmente inviato. L'indennità viene corrisposta per il periodo massimo previsto alla Sezione 6 de presente capitolato.

Le diarie non sono cumulabili tra loro. In caso indennizzabilità per più diarie, è data facoltà all'Assicurato, di scegliere la liquidazione di quella avente durata o importo liquidabile maggiore.

e) SPESE MEDICHE

La Società in caso di infortunio indennizzabile rimborsa all'Assicurato, fino a concorrenza per sinistro di quanto stabilito alla Sezione 6, le spese sostenute:

- per visite specialistiche, per accertamenti diagnostici, per prestazioni infermieristiche, per terapie riabilitative, per medicinali; l'indennizzo per singolo sinistro verrà corrisposto al netto della franchigia di € 50,00 nel limite di € 1.500,00;
- per spese di trasporto all'Istituto di cura con autoambulanze e/o altri mezzi speciali di soccorso nonché per il rientro a domicilio;
- durante il ricovero in Istituto di cura pubblico, accreditato, privato per onorari di medici, chirurghi, anestesisti ed assistenti, per diritti di sala operatoria, materiali d'intervento, apparecchi terapeutici ed endoprotesici applicati durante l'intervento;
- per rette di degenza;

- per intervento chirurgico ambulatoriale

Nel caso le prestazioni vengano fornite dal Servizio Sanitario Nazionale la Società rimborserà quanto rimasto a carico dell'Assicurato.

Il rimborso viene effettuato dalla Società su presentazione, in originale, dei documenti giustificativi, debitamente quietanzati, della certificazione medica, compresa eventuale cartella clinica.

A richiesta dell'Assicurato la Società restituisce i predetti originali, previa apposizione della data di liquidazione.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale dei documenti giustificativi di spesa per ottenerne il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto a termini della presente garanzia su presentazione di copia della certificazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

Per le spese sostenute al di fuori dell'area dell'Euro i rimborsi verranno effettuati in Italia al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalle quotazioni ufficiali.

Art.3 – Controversie

Per le divergenze sulla natura, causa ed entità delle lesioni nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità, le Parti si obbligano a conferire per iscritto mandato di decidere ad un collegio di tre medici, nominati uno per Parte ed il terzo di comune accordo.

In caso di mancato accordo sul nominativo del terzo medico, questo verrà scelto, fra gli specialisti in medicina legale e delle assicurazioni, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio dei medici.

Il collegio medico risiede ove ha sede l'Assicurato/Contraente.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico.

E' data facoltà al Collegio Medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano sin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione dei patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Le decisioni del Collegio Medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri arbitri nel verbale definitivo.

Art.4 – Liquidazione dell'indennità

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

Art.5 - Franchigie

L'ammontare delle indennità viene determinata tenendo conto delle seguenti franchigie:

a) invalidità permanente:

- sulla parte di somma assicurata non eccedente € 250.000,00 l'indennità viene liquidata senza applicazione di franchigia;
- sulla parte di somma assicurata eccedente € 250.000,00 ma non superiore ad € 500.000,00 l'indennità viene liquidata con applicazione di franchigia assoluta del 3%;
- sulla parte di somma assicurata eccedente € 500.000,00 l'indennità viene liquidata con applicazione della franchigia assoluta del 5%;

b) inabilità temporanea: l'indennità viene liquidata a partire dal sesto giorno successivo all'accadimento dell'infortunio.

- c) per visite specialistiche, per accertamenti diagnostici, per prestazioni infermieristiche, per terapie riabilitative, per medicinali; l'indennizzo per singolo sinistro verrà corrisposto al netto della franchigia di € 50,00 nel limite di € 1.500,00;

Art. 6 – Limite di massimo indennizzo

Nel caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più Assicurati, l'esborso a carico della Società non potrà superare la somma complessiva di Euro 10.200.000,00

Art.7 - Rinuncia all'azione di surroga

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto all'azione di surroga che potesse competere per l'art.1916 C.C. verso i responsabili dell'infortunio.

Art. 8 – Responsabilità del Contraente

Essendo la presente assicurazione stata stipulata dal Contraente, anche nel proprio interesse quale possibile responsabile del sinistro, si conviene che qualora l'infortunato o, in caso di morte i beneficiari, se indicati in contratto, o gli eredi secondo le norme della successione testamentaria o legittima, non accettino, a completa tacitazione per l'infortunio, l'indennizzo dovuto ai sensi del presente capitolato ed avanzino verso il Contraente maggiori pretese a titolo di responsabilità civile, detto indennizzo nella sua totalità viene accantonato, per essere computato nel risarcimento che il Contraente fosse tenuto a corrispondere per sentenza o transazione.

Qualora l'infortunato o gli anzidetti beneficiari recedano dall'azione di responsabilità civile, o rimangano in essa soccombenti, l'indennizzo accantonato viene agli stessi pagato sotto deduzione, a favore del Contraente, delle spese da Lui sostenute.

Le disposizioni contenute nel presente articolo potranno non essere applicate su richiesta scritta alla Società da parte del Contraente.

SEZIONE 6 SOMME ASSICURATE, FRANCHIGIE E CALCOLO DEL PREMIO

Art.1 – Somme assicurate, franchigie

L'assicurazione è prestata alle condizioni tutte del presente capitolato per le persone appartenenti alle categorie qui di seguito evidenziate e per le garanzie e massimali specifici della singola categoria.

Art.1.1 Amministratori (D. Lgs. 267/2000)

L'Assicurazione copre per le garanzie e le somme sotto riportate il Sindaco, gli Assessori ed i Consiglieri Comunali, l'eventuale Commissario Prefettizio, limitatamente alle attività espletate in connessione con il mandato, ivi compresi i rischi della circolazione su qualsiasi mezzo inclusi aeromobili, nonché il rischio in itinere.

Garanzia	Massimale
Caso Morte	4 volte il reddito annuo dichiarato con il massimo di Euro 800.000
Caso Invalidità Permanente	5 volte il reddito annuo dichiarato con il massimo di Euro 800.000
Spese mediche e farmaceutiche da infortunio	€ 3.000,00.=

Numero di assicurati	51
-----------------------------	----

Art.1.2 Obblighi assicurativi ex C.C.N.L. -Infortuni conducenti veicolo proprio per servizio

L'assicurazione è operante per gli infortuni che le persone (Segretario Comunale, dipendenti, collaboratori, consulenti), autorizzate dal Contraente, subiscano in occasione di missioni o per adempimenti di servizio fuori dall'ufficio, durante la guida di veicoli di proprietà e/o in uso ai conducenti anche se di terzi, con esclusione dei veicoli di proprietà, in locazione o in comodato d'uso dell'Ente Contraente, limitatamente al tempo strettamente necessario per l'esecuzione di dette prestazioni.

L'assicurazione vale anche per gli infortuni subiti, in caso di fermata del veicolo, durante le operazioni necessarie per la ripresa della marcia.

Si prende atto che la garanzia è operante anche nei confronti dei dipendenti del Contraente, in comando presso altra Pubblica Amministrazione, quando al di fuori delle mansioni svolte per quest'ultima esplicino incarichi per conto del Contraente medesimo.

Individuazione degli assicurati.

Il Contraente è esonerato dall'obbligo delle preventiva denuncia delle targhe dei veicoli assicurati nonché delle generalità delle persone che usano tali veicoli. La garanzia dovrà valere sia per il veicolo intestato alla persona assicurata e sia anche nel caso che la persona assicurata si trovi alla guida di veicoli appartenenti alle persone del suo nucleo familiare. Si farà riferimento in caso di sinistro indennizzabile, alla dichiarazione del Contraente che attesti:

- che il veicolo al momento del sinistro era utilizzato per missione o per adempimenti di servizio;
- data e luogo ove la persona assicurata si è recata per servizio o missione;
- generalità e qualifica della persona assicurata;
- dati identificativi del veicolo usato.

Garanzia	Massimale
Caso Morte	€ 210.000,00=
Caso Invalidità Permanente	€ 210.000,00=
Spese mediche e farmaceutiche da infortunio	€ 3.000,00=

Chilometri preventivati	20.000
--------------------------------	--------

Art.1.3 Minori in affido

Sono assicurati, 24 ore su 24, i minori affidati all'Amministrazione Comunale dal Tribunale dei Minori o dall'Autorità Giudiziaria; i minori di età beneficiari di servizi erogati dal Comune di Trieste, anche tramite convenzioni; i minori di età ricoverati presso Istituti o Comunità educativo-assistenziale con spesa a carico, anche parziale, del Comune di Trieste; i minori di età in affido a famiglie a seguito di apposito provvedimento del Comune di Trieste. Sono compresi, tra gli altri, i rischi durante le manifestazioni nelle comunità (comprese scuole e laboratori anche con uso di macchine), durante gite, passeggiate, soggiorni climatici, in occasione di permessi o vacanze presso Terzi, giochi, esercizi ginnici, attività sportive anche non controllate dal CONI, gli infortuni occorsi ai minori e causati da colpa grave, negligenza o volontarietà dei minori stessi.

Garanzia	Massimale
Caso Morte	€ 200.000,00=
Caso Invalidità Permanente	€ 200.000,00=
Spese mediche e farmaceutiche da infortunio	€ 3.000,00=

Numero di assicurati	210
-----------------------------	-----

Art.1.4 Minori iscritti ai Ricreatori comunali

L'assicurazione copre gli infortuni che possano occorrere ai minori iscritti ai Ricreatori comunali. Esso comprende attività sportive, ricreative, ludiche, didattiche. Tali attività si tengono durante tutto l'anno e possono comprendere anche uscite, visite guidate, gite o escursioni guidate, a piedi o con mezzi comunali o di terzi.

Garanzia	Massimale
Caso Morte	€ 200.000,00=
Caso Invalidità Permanente	€ 200.000,00=
Spese mediche e farmaceutiche da infortunio	€ 3.000,00=

Numero assicurati	1.200
--------------------------	-------

Art.1.5 Giovani adolescenti e/o maggiorenni frequentanti i Ricreatori comunali

L'assicurazione copre i giovani adolescenti e/o maggiorenni frequentanti i Ricreatori comunali. Esso comprende attività sportive, ricreative, ludiche, didattiche. Tali attività si tengono durante tutto l'anno e possono comprendere anche uscite, visite guidate, gite o escursioni guidate, a piedi o con mezzi comunali o di terzi.

Garanzia	Massimale
Caso Morte	€ 200.000,00=
Caso Invalidità Permanente	€ 200.000,00=
Spese mediche e farmaceutiche da infortunio	€ 3.000,00=

Numero di assicurati	100
-----------------------------	-----

Art.1.6 Minori frequentanti giornalmente i Servizi di Integrazione Scolastica (S.I.S.)

L'assicurazione copre gli infortuni che possano occorrere agli utenti minori dei Servizi di Integrazione Scolastica. Esso comprende attività sportive, ricreative, ludiche, didattiche. Tali attività si tengono durante tutto l'anno e possono comprendere anche uscite, visite guidate, gite o escursioni guidate, a piedi o con mezzi comunali o di terzi.

Garanzia	Massimale
Caso Morte	€ 200.000,00=
Caso Invalidità Permanente	€ 200.000,00=
Spese mediche e farmaceutiche da infortunio	€ 3.000,00=

Numero di assicurati	53
-----------------------------	----

Art.1.7 Bimbi frequentanti gli asili nido comunali

Infortuni che possano subire bimbi frequentanti l'asilo nido, nello svolgimento di attività sia nelle sedi che nell'esplicazione di attività promosse dall'asilo nido all'esterno degli edifici, comprese gite, visite guidate, attività fisico-motorie, ecc.. L'assicurazione è prestata altresì per gli infortuni occorsi ai precitati assicurati durante il tragitto casa-scuola e viceversa, sia che avvenga a piedi o con qualunque altro mezzo, in quanto necessario per raggiungere l'asilo nido, inclusi gli infortuni avvenuti nell'atto di salire o di scendere dai mezzi suddetti.

Garanzia	Massimale
Caso Morte	€ 200.000,00=
Caso Invalidità Permanente	€ 200.000,00=
Spese mediche e farmaceutiche da infortunio	€ 3.000,00=

Numero di assicurati	820
-----------------------------	-----

Art.1.8 Volontari della Protezione Civile

L'assicurazione copre gli infortuni che possano occorrere agli aderenti al Gruppo Comunale Volontari della Protezione Civile nell'espletamento delle attività di seguito elencate:

- prevenzione, soccorso e ripristino;
- addestramento e formazione;
- esercitazioni di protezione civile;
- sistemazione e manutenzione sia di attrezzature sia di mezzi operativi;
- di emergenza (soccorso alle popolazioni e pronto intervento);
- di assistenza a manifestazioni culturali, sportive, ricreative;
- attività previste dalla legge 24.02.1992, n. 225, s.m.i.;
- altre attività comunque di fatto svolte, comprese tutte le attività che in futuro possano essere espletate, nessuna esclusa né eccettuata, purché preventivamente autorizzate dall'Ente. Le suddette attività possono richiedere l'utilizzo sia di mezzi comunali sia di mezzi propri delle persone assicurate; l'assicurazione s'intende pertanto estesa agli infortuni occorsi a bordo dei mezzi sopraindicati e durante il rischio in itinere.

Garanzia	Massimale
Caso Morte	€ 210.000,00=
Caso Invalidità Permanente	€ 210.000,00=
Diaria per gessatura (max 100 gg per sinistro)	€ 25,00=
Spese mediche e farmaceutiche da infortunio	€ 5.000,00=

Numero di assicurati	60
-----------------------------	----

Art.1.9 Volontari e collaboratori in genere

L'assicurazione copre gli infortuni che possano subire i volontari, (esclusi gli addetti alla Protezione Civile), i collaboratori in genere che prestano attività di supporto ai servizi comunali, come ad es.: accompagnatori nel servizio di trasporto scolastico, persone esplicanti il servizio di accoglienza, sorveglianza e custodia degli alunni che sono presenti nell'ambito scolastico prima dell'inizio delle lezioni e dopo il termine delle stesse, volontari addetti alla vigilanza ed alla regolazione del traffico nei pressi degli ambiti scolastici, volontari e collaboratori in servizio presso la biblioteca, volontari e collaboratori a supporto dell'allestimento e svolgimento di manifestazioni di carattere espositivo, sportivo, folcloristico, culturale, sociale, volontari addetti a servizi di pulizia, allestimento e smontaggio di addobbi natalizi anche con scala o piattaforma autocarrata, gestione di piazzola ecologica, accompagnamento e trasporto di anziani e/o disabili, manutenzione di verde pubblico e di edifici. E' compreso il rischio in itinere.

Garanzia	Massimale
Caso Morte	€ 210.000,00=
Caso Invalidità Permanente	€ 210.000,00=
Spese mediche e farmaceutiche da infortunio	€ 3.000,00=

Numero di assicurati	53
-----------------------------	----

Art.2 – Calcolo del premio e modalità di applicazione della regolazione

Il Contraente versa, a titolo di deposito premio convenuto, l'importo riportato nella seguente tabella "scomposizione del premio" rappresentante il totale degli importi per singola categoria calcolati sulla base dei tassi e premi sotto riportati. Il premio alla firma viene determinato dalla somma dei premi delle sezioni 1.1, 1.2, 1.3, 1.4, 1.5, 1.6, 1.7, 1.8 e 1.9 di cui vengono forniti gli elementi variabili iniziali.

Al termine di ogni annualità la Società calcola il premio dovuto sulla base delle variazioni comunicate dal Contraente in sede di regolazione, il cui pagamento verrà effettuato ai sensi dell'art.6 Sezione 2 del presente capitolato.

Essendo l'assicurazione prestata in forma non nominativa in base al numero degli assicurati ed altri elementi variabili riportati per ogni categoria all'art.1 della presente Sezione, la regolazione del premio sarà effettuata in riferimento alla variazione degli elementi variabili presi a base per la determinazione del premio. Non vi è obbligo per il Contraente di comunicare in corso di periodo assicurativo le variazioni di numero di persone, veicoli assicurati, o qualsiasi altro dato variabile.

Categoria	Tipo dato variabile	Montante dato variabile
Art.1.1 Amministratori (D. Lgs. 267/2000)	Numero assicurati	51
Art.1.2 Obblighi assicurativi ex C.C.N.L. - Infortuni conducenti veicolo proprio per servizio	Km preventivati	20.000
Art.1.3 Minori in affido	Numero assicurati	210
Art.1.4 Minori iscritti ai Ricreatori comunali	Numero assicurati	1.200
Art.1.5 Giovani adolescenti e/o maggiorenni frequentanti i Ricreatori comunali	Numero assicurati	100
Art.1.6 Minori frequentanti giornalmente i Servizi di Integrazione Scolastica (S.I.S.)	Numero assicurati	53
Art.1.7 Bimbi frequentanti gli asili nido comunali	Numero assicurati	820
Art.1.8 Volontari della Protezione Civile	Numero assicurati	60
Art.1.9 Volontari e collaboratori in genere	Numero assicurati	53

Art.3 – Disposizione finale

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

La firma apposta dalla Contraente su moduli a stampa forniti dalla Società Assicuratrice vale solo quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio tra le Società partecipanti alla coassicurazione.