



Capitolato speciale dell'assicurazione

INFORTUNI CUMULATIVA

C.I.G. 5308573505

Broker incaricato per il supporto:



DEFINIZIONI

Ai seguenti termini, le Parti attribuiscono il significato qui precisato:

COMPAGNIA E/O SOCIETA'

L'Impresa Assicuratrice.

CONTRAENTE

Provincia di Verona

ASSICURATO

Il soggetto nel cui interesse è stipulata l'assicurazione.

POLIZZA

Il contratto di assicurazione.

PREMIO

La somma dovuta alla Società.

RISCHIO

La probabilità che si verifichi il sinistro.

SINISTRO

Il verificarsi del fatto dannoso previsto in polizza.

INDENNIZZO

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

FRANCHIGIA

Parte del danno indennizzabile che rimane a carico dell'Assicurato.

INVALIDITA' PERMANENTE

Perdita o diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione svolta.

INABILITA' TEMPORANEA

Temporanea incapacità di attendere alle occupazioni professionali svolte.

RICOVERO

Degenza in istituto di cura che comporti il pernottamento o la degenza diurna (Day Hospital) di almeno 6 ore continuative.

INGESSATURA

Mezzo di contenzione costituito da fasce gessate o altri apparecchi comunque immobilizzanti ed applicati in istituti di cura o ambulatori medici.

ISTITUTI DI CURA

Ospedali, cliniche, case di cura, regolarmente autorizzati al ricovero dei malati, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno.

PERIODO ASSICURATIVO ANNUO

L'intera annualità assicurativa o il minor periodo di durata dell'assicurazione.

BROKER INCARICATO:

mandatario incaricato dal Contraente per la gestione ed esecuzione del contratto, quale intermediario ai sensi dell'art. 109 comma 2 lett. b) del D.Lgs. n. 209/2005.

1. NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

1.1 Prova del contratto

L'assicurazione e le sue eventuali modifiche devono essere provate per iscritto, fatta eccezione per quanto diversamente normato.

1.2 Pagamento del premio ed effetto delle garanzie

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del sessantesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 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.

1.3 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – Buona fede

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato all'atto della stipulazione del contratto e relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, così come la mancata comunicazione di successive circostanze o di mutamenti che aggravino il rischio, non comporteranno decadenza dal diritto all'indennizzo, né riduzione dello stesso, né cessazione dell'assicurazione ai sensi degli Artt. 1892, 1893, 1894 e 1898 C.C., sempre che il Contraente e/o l'Assicurato non abbiano agito con dolo.

La Società ha peraltro il diritto di percepire 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 e sino all'ultima scadenza di premio.

A parziale deroga all'Art. 1897 C.C., nei casi di diminuzione del rischio la riduzione di premio sarà immediata e la Società rimborserà la corrispondente quota di premio pagata e non goduta (al netto delle imposte) entro 60 giorni dalla comunicazione, rinunciando allo scioglimento del contratto e alla facoltà di recesso ad essa spettante a termini del sopra richiamato Art. 1897 C.C.

1.4 Durata del contratto - Rescindibilità

Il presente contratto ha la durata indicata nella scheda di polizza e cessa di avere effetto alla scadenza stabilita, senza obbligo di disdetta e con esclusione del tacito rinnovo.

L'eventuale rinnovo è consentito nei limiti di quanto previsto dalla normativa vigente al momento della scadenza contrattuale, fatta salva la facoltà di proroga riconosciuta al Contraente laddove questa sia coerente con i presupposti che ne regolano l'istituto e, in ogni caso, subordinatamente al consenso della Società.

Su espressa richiesta scritta del Contraente, al fine di consentire l'espletamento della procedura per l'aggiudicazione di un nuovo contratto, la Società s'impegna tuttavia a prorogare l'assicurazione, alle condizioni economiche e normative in corso, per un periodo massimo di 120 (centoventi) giorni oltre la scadenza contrattuale e dietro corresponsione del corrispondente rateo di premio.

Nel caso di contratto di durata poliennale, ciascuna delle parti ha la facoltà di rescindere il contratto medesimo ad ogni scadenza annua intermedia, mediante comunicazione scritta, da inviarsi all'altra parte almeno 90 (novanta) giorni prima della scadenza del periodo assicurativo annuo in corso.

1.5 Facoltà di recesso in caso di sinistro

Dopo ogni denuncia di sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o contestazione o rifiuto dell'indennizzo, ciascuna delle parti ha facoltà di recedere dal contratto, con preavviso di 120 (centoventi) giorni.

Qualora a recedere sia la Società, questa rimborserà al Contraente, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, il rateo di premio relativo al residuo periodo di assicurazione in corso, escluse le imposte e ogni altro onere di carattere tributario.

1.6 Oneri fiscali

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

1.7 Foro competente

Foro competente è esclusivamente quello del luogo di residenza del Contraente.

1.8 Forma delle comunicazioni

Si conviene tra le parti che tutte le comunicazioni alle quali le parti sono contrattualmente tenute, saranno considerate valide se fatte dall'una all'altra parte con lettera raccomandata o telex o telegramma o telefax o e-mail o PEC o altro strumento idoneo ad assicurarne la provenienza.

1.9 Rinvio alle norme di legge

Per quanto non è espressamente regolato dalle Condizioni Contrattuali valgono le norme di legge.

1.10 Tracciabilità dei flussi finanziari – Clausola risolutiva espressa

1. L'“Operatore economico” si impegna a rispettare gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla legge 13 agosto 2010, n. 136.
2. In particolare l'“Operatore economico” si obbliga:
 - a. a registrare tutti i movimenti finanziari relativi all'appalto oggetto del presente contratto sul conto corrente dedicato comunicato alla “Provincia” che, salvo quanto previsto dall'articolo 3, comma 3, della legge n. 136/2010, devono essere effettuati esclusivamente tramite lo strumento del bonifico bancario o postale o con mezzi diversi, ma che siano idonei a garantire la piena tracciabilità delle operazioni;
 - b. ad inserire, nei contratti di subappalto, nei subcontratti e nei contratti di intermediazione una clausola con la quale i propri subcontraenti assumano gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla legge n. 136/2010, a pena di nullità assoluta dei contratti medesimi;
 - c. a trasmettere alla “Provincia” i contratti di cui alla precedente lettera b), affinché la stessa possa accertare l'inserimento in essi della clausola inerente gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari, di cui alla legge n. 136/2010;
 - d. ad informare contestualmente la “Provincia” e la Prefettura - Ufficio territoriale del Governo di Verona qualora abbia notizia che i propri subappaltatori o subcontraenti od intermediari abbiano violato gli obblighi sulla tracciabilità finanziaria imposti dalla legge n. 136/2010.
3. La “Provincia” e l'“Operatore economico” si danno reciprocamente atto che il presente contratto sarà risolto di diritto nel caso di mancato utilizzo del bonifico bancario o postale ovvero degli altri strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni. Per rendere operativa la risoluzione basterà apposita notifica dell'inadempimento.

1.11 Clausola broker

1. La Provincia di Verona (contraente) dichiara di avvalersi, per la gestione e l'esecuzione del presente contratto - ivi compreso il pagamento dei premi - dell'assistenza e della consulenza di un broker, che al momento dell'indizione della procedura di gara è Assiteca s.p.a. Pertanto, a parziale deroga delle norme che regolano l'assicurazione, il Contraente e la Società si danno reciprocamente atto che ogni comunicazione inerente l'esecuzione del presente contratto - con la sola eccezione di quelle riguardanti la cessazione del rapporto assicurativo - dovrà essere trasmessa, dall'una all'altra parte, unicamente per il tramite del Broker.
2. Per effetto di tale pattuizione ogni comunicazione fatta alla Società dal Broker, in nome e per conto del Contraente, si intenderà come fatta da quest'ultimo e, parimenti, ogni comunicazione inviata dalla Società al Broker si intenderà come fatta al Contraente. Resta inteso che il Broker gestirà in esclusiva per conto del Contraente il contratto sottoscritto, per tutto il permanere in vigore dell'incarico di brokeraggio, con l'impegno del Contraente a comunicarne alla Società l'eventuale revoca ovvero ogni variazione del rapporto che possa

riguardare il presente contratto. Non viene meno il potere della Provincia di corrispondere direttamente i premi o di formulare comunicazioni direttamente alla compagnia.

3. La Società inoltre, riconosce che il pagamento dei premi e delle eventuali regolazioni potrà essere fatto, come di norma sarà effettuato, dal Contraente tramite il Broker sopra designato; resta intesa l'efficacia liberatoria anche a termine dell'art. 1901 Codice Civile del pagamento così effettuato. Con ciò non è esclusa la possibilità del contraente di corrispondere direttamente i premi.

4. La remunerazione del broker è a carico dell'aggiudicatario, e consiste in una commissione fissata nella misura del 4% sul premio imponibile. La società non può in nessun caso riconoscere al broker compensi aggiuntivi connessi al contratto di assicurazione. Tale remunerazione sarà trattenuta all'atto del pagamento del premio, effettuato dallo stesso Broker, sul conto corrente dedicato della società.

1.12 Coassicurazione e delega

Se l'assicurazione è ripartita per quote tra più Società coassicuratrici, rimane stabilito che:

- ciascuna di esse è tenuta alla prestazione in proporzione della rispettiva quota, quale risulta dal contratto stesso, restando tuttavia inteso che la Società coassicuratrice designata quale delegataria è tenuta in via solidale alla prestazione integrale e ciò in espressa deroga all'art. 1911 del Codice Civile;
- 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 Società coassicuratrice Delegataria e del Contraente ed ogni comunicazione si intende data o ricevuta dalla Società Delegataria anche nel nome e per conto di tutte le Coassicuratrici;
- i premi di polizza verranno corrisposti dal Contraente al Broker che provvederà a rimmetterli a ciascuna Coassicuratrice in ragione della rispettiva quota di partecipazione al riparto di coassicurazione. Relativamente al presente punto, in caso di revoca dell'incarico al broker, e successivamente alla cessazione dello stesso, il pagamento dei premi potrà essere effettuato dal Contraente anche unicamente nei confronti della Società Delegataria per conto di tutte le coassicuratrici;
- con la firma del presente contratto le Coassicuratrici conferiscono mandato alla Società Delegataria per firmare i successivi documenti contrattuali e compiere tutti i necessari atti di gestione anche in loro nome e per loro conto; pertanto la firma apposta sui detti documenti dalla società Delegataria li rende validi ad ogni effetto anche per le coassicuratrici (per le rispettive quote), senza che da queste possano essere opponibili eccezioni o limitazioni di sorta. Relativamente ai premi scaduti, la delegataria potrà sostituire le quietanze delle Società coassicuratrici, eventualmente mancanti, con altra propria rilasciata in loro nome e per loro conto.

1.13 Informazione sinistri

La Società si impegna a fornire dettagliato resoconto riguardo ai sinistri denunciati, liquidati e/o riservati e/o archiviati senza seguito, relativamente al periodo assicurativo intercorso, a semplice richiesta del Contraente ed entro 60 (sessanta) giorni dal ricevimento della stessa.

1.14 Rescissione automatica

Qualora la Società, avvalendosi della facoltà concessa dalle norme contrattuali, comunichi il proprio recesso dal presente contratto di assicurazione, il Contraente avrà facoltà di rescindere, con pari effetto, tutti i contratti di assicurazione o parte di essi - ovvero le quote di partecipazione agli stessi - assegnati alla Società medesima in esito alla procedura mediante la quale è stato assegnato il presente contratto.

1.15 Interpretazione del contratto

Il presente capitolato normativo abroga e sostituisce ogni diversa previsione degli stampati della Società eventualmente uniti all'assicurazione, restando convenuto che la firma apposta dal Contraente sui detti stampati vale esclusivamente quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio fra le Società eventualmente partecipanti alla coassicurazione. Ciò premesso, si

conviene fra le parti che in caso di dubbia interpretazione delle norme contrattuali verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole al Contraente/Assicurato.

1.16 Proroga dei termini di pagamento della prima rata di premio

A parziale deroga di ogni diversa previsione contrattuale e ferma restando la decorrenza dell'assicurazione dalla data di effetto indicata in polizza, le parti convengono che il premio di prima rata sia corrisposto dal Contraente entro i 60 (sessanta) giorni successivi all'anzidetta data di effetto dell'assicurazione.

2. NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

2.1 Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione è prestata per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento:

- a) delle attività professionali principali e secondarie, nonché delle eventuali diverse attività professionali non dichiarate che, in base alle effettive caratteristiche del rischio, non avrebbero determinato alcun aumento del premio; attività derivanti da ragioni di servizio e/o di incarico e/o mandato ricevuto; attività svolte per altri enti pubblici a seguito di comando dell'Ente di appartenenza
- b) di ogni altra attività che non abbia carattere professionale, di incarico o di mandato.

2.2 Estensione dell'assicurazione

Sono compresi nell'assicurazione:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti acuti e le intossicazioni acute e/o lesioni prodotte da ingestione di cibo o di altre sostanze;
- le morsicature, le punture e le ustioni causate da animali e/o vegetali in genere, nonché le infezioni tetaniche conseguenti ad infortuni risarcibili a termine di polizza;
- le alterazioni patologiche conseguenti a morsi di animali e punture di insetti o aracnidi, esclusa la malaria;
- l'annegamento;
- le conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche o di altre cure rese necessarie da infortunio;
- l'assideramento o congelamento, la folgorazione, i colpi di sole o di calore e altre influenze termiche ed atmosferiche;
- le ernie traumatiche e gli strappi muscolari derivanti da sforzo;
- gli infortuni sofferti in conseguenza di contatto con corrosivi;
- gli infortuni sofferti in stato di malore o incoscienza;
- gli infortuni sofferti sotto l'effetto di sostanze stupefacenti, purché l'assunzione di queste ultime abbia comprovato carattere terapeutico, esclusi quelli sofferti alla guida di mezzi di locomozione;
- gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- gli infortuni derivanti da movimenti tellurici ed altre calamità naturali, nonché, a condizione che l'Assicurato non abbia preso parte attiva a tali eventi, gli infortuni derivanti da aggressioni, tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismo e attentati.

2.3 Rischio volo

L'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi in aereo, turistici o di trasferimento, effettuati in qualità di passeggero, su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti tranne che:

- da società e/o aziende di lavoro aereo, in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;
- da aereoclubs;

Il viaggio aereo si intende iniziato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aereomobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso.

2.4 Rischio di guerra all'estero

La garanzia viene estesa agli infortuni derivanti da stato di guerra, insurrezione, invasione, atti nemici, ostilità (sia che la guerra sia dichiarata o non), se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero e ciò per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità.

2.5 Estensione territoriale

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

Gli eventuali indennizzi saranno corrisposti in Italia e in Euro.

2.6 Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti:

- a) dalla guida di mezzi di locomozione aerei;
- b) dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, alpinismo con scalata di rocce o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, immersione con autorespiratore, paracadutismo e sport aerei in genere;
- c) da corse e gare - e relative prove - di ippica, calcio, ciclismo, football americano e rugby, salvo che esse abbiano carattere non professionistico;
- d) da corse e gare - e relative prove - comportanti l'uso di veicoli a motore o natanti a motore, salvo si tratti di regolarità pura;
- e) da reati dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, salvo gli atti compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- f) da guerra o insurrezione, salvo quanto previsto alla norma "rischio di guerra all'estero";
- g) da trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche.

2.7 Limiti di età

L'assicurazione, salvo diversa pattuizione risultante in polizza, non vale per le persone di età superiore a 75 anni. Tuttavia, per le persone che raggiungono tale età in corso di contratto, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla scadenza annuale successiva.

2.8 Persone non assicurabili

Non sono assicurabili (salvo diversa previsione risultante dalla scheda di polizza) le persone affette da infermità mentali che incidano sulla capacità di intendere e di volere, da alcoolismo o da tossicodipendenza. L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi.

2.9 Denuncia del sinistro e relativi obblighi

La denuncia dell'infortunio, con la descrizione dell'evento e delle cause che lo determinano, corredata anche successivamente di certificato medico, deve essere fatta per iscritto, a mezzo raccomandata, telegramma, PEC o telefax, alla Società entro 30 giorni dal sinistro o dal momento in cui il Contraente o l'Assicurato o i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità. Successivamente il Contraente o l'Assicurato devono inviare certificati medici sul decorso delle lesioni.

Nel caso di inabilità temporanea, i certificati dovranno essere rinnovati. In caso di mancato rinnovo, la liquidazione dell'indennità viene fatta considerando data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che la Società possa stabilire una data diversa. L'Assicurato o - in caso di morte - il beneficiario, devono consentire le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dalla Società.

2.10 Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennizzo 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 considerati 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 questo avesse interessato una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivato dalle condizioni preesistenti, fermo quanto stabilito dalla norma "Invalidità permanente".

2.11 Morte

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifichi entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida ai beneficiari designati la somma assicurata per il caso di morte. In difetto di designazione, la Società liquida la detta somma, in parti uguali, agli eredi.

2.12 Morte presunta

Se il corpo dell'Assicurato non viene trovato entro un anno a seguito di arenamento, affondamento o naufragio del mezzo di trasporto terrestre, aereo, lacuale, fluviale o marittimo, verrà riconosciuto l'indennizzo previsto per il caso di morte, considerando l'evento di cui sopra come infortunio. Quando sia stato effettuato il pagamento dell'indennità ed in seguito l'Assicurato ritorni o si abbiano di lui notizie sicure, la Società ha diritto alla restituzione delle somme pagate e relative spese, e l'Assicurato stesso potrà far valere i diritti che eventualmente gli sarebbero spettati, nel caso avesse subito lesioni indennizzabili a norma della presente polizza.

2.13 Invalidità permanente

Se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente e questa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida per tale titolo, secondo le disposizioni seguenti, una indennità calcolata sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, secondo le percentuali previste dalla tabella di cui all'allegato 1 alla Legge 30.06.1965 n. 1124 e successive modifiche e integrazioni in vigore fino al 24/07/2000, con rinuncia della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge e con la pattuizione che, qualora per la quantificazione del danno siano previste tabelle per la parte destra e per la parte sinistra del corpo, troverà comunque applicazione la tabella prevista per la parte destra, indipendentemente dalla parte colpita dal sinistro.

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 sopra indicate 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%.

Per le singole falangi terminali delle dita della mano, escludendo il pollice, si considera invalidità permanente soltanto l'asportazione totale delle falangi stesse.

L'indennità per la perdita funzionale e 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 sopra menzionata tabella, l'indennità è stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi elencati, della misura in cui risulta 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 sopra indicate sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Decorsi almeno 90 giorni dall'infortunio, su richiesta dell'Assicurato la Società, quando abbia preventivato un grado di invalidità permanente superiore al 10%, anticiperà il pagamento di un indennizzo calcolato con riferimento all'anzidetta percentuale, al netto di eventuali franchigie.

Nei casi di invalidità permanente di grado pari o superiore al 50% sarà liquidata l'intera indennità assicurata a tale titolo.

2.14 Inabilità temporanea (se assicurata)

Se l'infortunio ha per conseguenza una inabilità dell'Assicurato ad attendere alle sue occupazioni la Società liquida la diaria assicurata:

- a) integralmente, per tutto il tempo in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle occupazioni medesime;

- b) parzialmente, per tutto il tempo in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle sue occupazioni.

L'indennità per inabilità temporanea viene corrisposta per un periodo massimo di 365 giorni a decorrere dalle ore 24 del giorno dell'infortunio fino alle ore 24 dell'ultimo giorno di inabilità.

I sinistri avvenuti al di fuori dell'Europa, sono indennizzabili limitatamente al periodo di ricovero ospedaliero.

2.15 Rimborso spese sanitarie (se assicurato)

Per la cura delle lesioni causate da infortunio non escluso dalle Condizioni della presente polizza, la Società rimborsa per ogni Assicurato – fino alla concorrenza del massimale assicurato – le spese sostenute:

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

Qualora le spese di ricovero siano interamente a carico del Servizio Sanitario Nazionale, la Società – in sostituzione del rimborso – liquida una diaria di € 52,00 per ogni pernottamento o per ogni giorno in Day Hospital e per un massimo di 100 pernottamenti o giorni.

La diaria sostitutiva è cumulabile con la diaria per ricovero eventualmente assicurata, con il limite di € 200,00 per ogni pernottamento o giorno.

- b) **relativamente alle prestazioni sanitarie extra-ricovero**, per:

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

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

- c) **per danni estetici**:

Si conviene che in caso di infortunio non escluso dalle Condizioni della presente polizza, che produca conseguenze di carattere estetico, 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 del massimale complessivamente assicurato per la garanzia "Rimborso spese di cura".

- d) **spese sostenute per la sostituzione o riparazione di lenti ed occhiali ed apparecchi acustici**:

La Società rimborsa i costi eventualmente sostenuti per la riparazione o sostituzione di lenti od occhiali nonché di apparecchi acustici danneggiati a seguito di infortunio.

Il rimborso avverrà nei limiti del massimale indicato e comunque fino alla concorrenza massima di € 1.500,00 per ogni sinistro.

- e) **rientro sanitario**

La garanzia è estesa al rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato in caso di infortunio che lo colpisca nel corso di una missione o viaggio all'estero disposto dal Contraente e che renda necessario il suo trasporto con qualsiasi mezzo ritenuto idoneo in ospedale attrezzato in Italia, fino alla concorrenza massima di € 3.000,00 per sinistro.

- f) **Rientro salma (valido in Italia e all'Estero)**

La garanzia è estesa al rimborso delle spese sostenute per il rimpatrio della salma dell'Assicurato, in caso di decesso a seguito di infortunio o malattia che lo colpiscano nel corso di una missione o viaggio, anche in Italia, fino al luogo di sepoltura e ciò fino alla concorrenza di € 3.000,00.

2.16 Indennità di ricovero a seguito di infortunio (se assicurata)

Se l'infortunio ha per conseguenza un ricovero in istituto di cura, la Società corrisponde l'indennità giornaliera prevista in polizza per un periodo massimo di 365 giorni, su presentazione di cartella clinica.

Qualora venga applicata una ingessatura, l'indennità giornaliera prevista viene corrisposta, sino alla rimozione del mezzo di contenzione, anche per il periodo trascorso fuori dell'Istituto.

2.17 Cumulo di indennità

L'indennità per il caso di morte non è cumulabile con quella per invalidità permanente.

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

2.18 Controversie

In caso di divergenza sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni o sul grado di invalidità permanente, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità, le parti si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere se ed in quale misura siano dovuti i rimborsi o le indennità, a norma e nei limiti delle norme di polizza, ad un Collegio di tre medici nominati uno per parte ed il terzo dalle parti di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio. Il Collegio Medico risiede ove ha sede il 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.

La Società, entro 10 giorni dalla nomina del terzo medico, convoca il Collegio invitando l'Assicurato a presentarsi.

Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono obbligatorie per le parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale. E' data facoltà al Collegio Medico di rinviare l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente, ove ne riscontri l'opportunità, a un termine, entro 2 anni, da fissarsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto stabilire una provvisoria sull'indennizzo totale non inferiore alla percentuale di invalidità permanente non in discussione.

2.19 Rinuncia alla rivalsa

La Società rinuncia ad ogni azione di rivalsa per le somme pagate, lasciando così integri i diritti dell'Assicurato, o dei suoi aventi causa, nei confronti dei responsabili dell'infortunio.

2.20 Responsabilità del contraente

Poiché la presente assicurazione è 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 non accettino, a completa tacitazione per l'infortunio, l'indennizzo dovuto ai sensi della presente polizza ed avanzino verso il Contraente maggiori pretese a titolo di responsabilità civile, detto indennizzo viene accantonato nella sua totalità, 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 di causa sostenute dal Contraente stesso.

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

2.21 Esonero denuncia condizioni degli Assicurati

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le malattie sofferte, nonché le mutilazioni ed i difetti fisici da cui gli assicurati fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire.

2.22 Esonero denuncia generalità degli Assicurati

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le generalità delle persone assicurate. Per l'identificazione di tali persone si farà riferimento alla documentazione amministrativa tenuta dal Contraente a termini di legge.

3. NORME PARTICOLARI

(operanti solo se espressamente richiamate alle singole sezioni della Scheda di polizza)

3.1 Limitazione dell'assicurazione agli infortuni professionali o da attività specifiche

L'assicurazione vale esclusivamente per gli infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio delle attività e nell'espletamento delle funzioni professionali e/o durante lo svolgimento di qualsiasi incarico inerente al servizio e/o al mandato conferitogli e/o in occasione di comando da parte del Contraente presso altri Enti Pubblici e/o durante lo svolgimento delle attività meglio descritte nella Scheda tecnica di polizza.

3.2 Assicurazione in base ai multipli delle retribuzioni

Il premio viene anticipato in base al preventivo delle retribuzioni lorde annue corrisposte al personale dipendente, alle quali è applicato il tasso lordo di premio, che rimane fisso per tutta la durata del contratto, come indicati nella scheda di polizza; il detto premio è soggetto a conguaglio al termine di ciascun periodo assicurativo, sulla scorta delle retribuzioni lorde annue registrate a consuntivo. Agli effetti del calcolo del premio per retribuzione si intende tutto quanto, al lordo delle ritenute, il dipendente effettivamente riceve in compenso delle sue prestazioni, comprese le indennità fisse, i premi, le gratificazioni, i compensi speciali di qualsiasi natura, le indennità di disagio, di missione, la tredicesima e la eventuale quattordicesima. Ai fini della liquidazione delle indennità è considerata retribuzione annua dell'infortunato quella percepita per i titoli di cui sopra nei 3 mesi precedenti quello in cui si è verificato l'infortunio, moltiplicata per quattro ed al netto delle somme relative a retribuzioni non pagabili ricorrentemente in ciascun mese. All'importo così ottenuto si aggiungono:

- le somme non pagabili ricorrentemente in ciascun mese, ma effettivamente corrisposte all'infortunato nei 3 mesi cui sopra;
- la tredicesima ed eventualmente la quattordicesima mensilità, pagate al dipendente prima dell'infortunio.

Se l'infortunato ha una anzianità di servizio inferiore ai 3 mesi, è considerata retribuzione quella che egli avrebbe percepito nel primo anno di servizio in base al C.C.N.L. di categoria.

3.3 Rischio in itinere

L'assicurazione è estesa agli infortuni subiti dall'Assicurato mentre compie il tragitto per recarsi dall'abitazione al luogo di svolgimento dell'attività, del mandato o dell'incarico, e viceversa.

3.4 Malattie professionali

L'assicurazione viene estesa anche alle malattie professionali, che siano insorte nel corso della validità del presente contratto, intendendosi come tali quelle attualmente previste al D.P.R. 30.06.1965 n. 1124 e con la franchigia relativa prevista. E' fatta eccezione per la silicosi, per l'asbestosi e per le conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, che si intendono pertanto escluse dalla garanzia.

3.5 Elevazione dell'indennità assicurata in caso di morte da aggressione

La Società, per il solo caso di morte determinata da aggressione, atti di terrorismo o attentato, ai danni delle persone assicurate, corrisponderà l'indennità prevista in polizza per il caso di morte, maggiorata del 50%.

3.6 Estensione alle aggressioni al di fuori dell'orario di svolgimento dell'attività

L'assicurazione è operante anche per gli infortuni subiti dagli assicurati in seguito ad aggressioni o atti violenti che abbiano movente politico, sociale o sindacale, anche fuori dall'orario di lavoro e/o fuori dai luoghi di svolgimento di mandati o di incarichi, sempre che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva.

3.7 Danni estetici

In caso di infortunio che abbia cagionato un danno di carattere estetico e lo stesso non risulti altrimenti indennizzabile in forza del presente contratto, la Società rimborserà, fino ad un massimo di Euro 2.500,00 per Assicurato, le spese per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico, comprese le spese per interventi di chirurgia plastica ed estetica.

3.8 Malattie tropicali

La garanzia è prestata per il rischio delle malattie tropicali da cui gli assicurati fossero colpiti durante il soggiorno in tutto il mondo, con l'intesa che per le malattie tropicali devono intendersi quelle contemplate nel R.D. 07.02.38 n. 281 e successive modifiche ed integrazioni.

La validità della garanzia per le malattie tropicali è subordinata al fatto che gli assicurati si trovino in perfette condizioni di salute o che si siano sottoposti alle prescritte pratiche di profilassi richieste dalle autorità sanitarie dei paesi ove si recano.

3.9 Spese di rimpatrio

La garanzia viene estesa alle spese di rimpatrio che le persone assicurate (o il Contraente per esse) dovessero sostenere a seguito di infortunio grave occorso all'estero, nonché al rimborso delle spese sostenute in caso di decesso per il rimpatrio della salma.

Per tale estensione di garanzia è previsto un limite di Euro 5.000,00 per Assicurato.

3.10 Servizio di protezione civile

L'assicurazione è estesa all'espletamento di attività e/o servizi di protezione civile svolti per incarico del Contraente.

3.11 Regolazione del premio

Il premio viene anticipato dal Contraente in via provvisoria, sulla base dei parametri e dei rispettivi importi unitari indicati nelle singole schede tecniche quali elementi per il conteggio del premio.

Il detto premio viene definito al termine di ciascun periodo assicurativo annuo sulla scorta delle differenze registrate a consuntivo negli anzidetti parametri.

A tal fine, entro 120 giorni dalla scadenza di ogni periodo assicurativo annuo, il Contraente è tenuto a comunicare alla Società il consuntivo dei parametri sopra menzionati, affinché la Società stessa possa procedere alla regolazione del premio definitivo.

La Società si impegna ad emettere la relativa appendice di regolazione premio entro 60 giorni dalla ricezione dei dati consuntivi.

Ai fini del conteggio del premio definitivo, le differenze attive o passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate dalla parte debitrice nei 60 giorni successivi alla data di ricevimento della relativa appendice da parte del Contraente. Resta convenuto che l'eventuale differenza passiva verrà rimborsata al Contraente al netto delle imposte.

La mancata comunicazione dei dati occorrenti per la regolazione costituisce presunzione di una differenza attiva a favore della Società. Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti od il pagamento dell'eventuale differenza attiva dovuta, la Società deve fissargli un ulteriore termine non inferiore ai 15 giorni. Trascorso tale termine, il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto od in garanzia di quello relativo al periodo assicurativo per il quale non ha avuto luogo la regolazione o non è stato effettuato il pagamento della differenza attiva; in carenza della prescritta comunicazione o del pagamento della differenza attiva dovuta alla Società, l'assicurazione resta sospesa fino alla ore 24 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare, per iscritto, la risoluzione del contratto.

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio la Società, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

3.12 Variazione assicurati e regolazione premio (valida per le sole sezioni che rechino l'elenco nominativo degli assicurati)

Premesso che l'assicurazione vale per le persone nominativamente designate, le eventuali variazioni delle medesime devono essere comunicate dal Contraente per iscritto.

Rispetto a tali variazioni l'assicurazione prende effetto dalle ore 24 del giorno di ricevimento, da parte della Società, della relativa comunicazione scritta.

Ai fini del conteggio del corrispondente premio in aumento o in diminuzione, si conviene fra le parti che:

- entro 120 giorni dal termine di ciascun periodo assicurativo annuo la Società, sulla scorta delle comunicazioni di variazione ricevute nel corso del medesimo periodo, procederà all'emissione dell'appendice recante il riepilogo delle persone assicurate oltre al conteggio premio annuo definitivo;
- il pagamento della eventuale differenza di premio verrà effettuato dalla parte debitrice entro 15 giorni dalla data di ricevimento, da parte del Contraente, dell'anzidetta appendice; nel caso risulti una differenza passiva, l'importo del rimborso a favore del Contraente verrà corrisposto al netto delle imposte.

4. DICHIARAZIONI AI SENSI DEGLI ARTT. 1341 E 1342 DEL CODICE CIVILE

Agli effetti degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, le parti dichiarano di conoscere ed approvare specificatamente le seguenti disposizioni contrattuali:

Art. 1.4

Durata del contratto.

Art. 1.5

Recesso in caso di sinistro.

Art.1.7

Foro competente.

Art. 2.18

Deroga alla competenza dell'Autorità Giudiziaria in caso di controversie.

La Società

Il Contraente / Assicurato

SCHEDA DI POLIZZA

costituente parte integrante della polizza infortuni n°

Contraente: **PROVINCIA DI VERONA**
Via Santa Maria Antica, 1
37121 - VERONA
C.F. 00654810233

durata del contratto: **anni 3, con**
effetto dal: **31.12.2013**
scadenza il: **31.12.2016**
scadenza prima rata il: **31.12.2014**

L'assicurazione è operante in favore degli Assicurati e con riferimento agli ambiti meglio precisati alle seguenti singole Sezioni, per le indennità assicurate e dietro corresponsione dei premi rispettivamente indicati in ciascuna di esse:

Sezione A – Amministratori

Sezione B – Dipendenti e altri soggetti come indicato nelle schede successive

Sezione C – Corsi di formazione professionale

Sezione A - Amministratori

Assicurati

Gli Amministratori del Contraente (Presidente, Assessori e Consiglieri)

Ambito di validità dell'assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni sofferti dagli Assicurati nell'esercizio dei rispettivi incarichi anche in occasione dei trasferimenti, viaggi e trasferte, resi necessari per l'espletamento delle loro funzioni.

Indennità assicurate pro capite

- Euro 250.000,00 in caso di morte;
- Euro 250.000,00 in caso di invalidità permanente;

Condizioni particolari operanti

- 3.1 Limitazione della garanzia agli infortuni professionali o da attività specifiche
- 3.3 Rischio in itinere
- 3.5 Elevazione dell'indennità assicurata in caso di morte da aggressione
- 3.6 Estensione alle aggressioni al di fuori dell'orario e dell'ambito di svolgimento dell'attività
- 3.7 Danni estetici
- 3.8 Malattie tropicali
- 3.9 Spese di rimpatrio
- 3.11 Regolazione del premio

Elementi per il conteggio del premio lordo

Il premio annuo lordo viene determinato in base a:

n. amministratori preventivato = **49**

premio unitario = Euro _____

Il premio lordo annuo, soggetto a regolazione a consuntivo, ammonta a Euro _____

Sezione B – Dipendenti e altri soggetti

Assicurati:

Tutti i dipendenti dell'Ente Contraente, compreso il Segretario/Direttore Generale, nonché altri soggetti (quali, a titolo meramente indicativo e non esaustivo: personale comandato da altri comuni od enti, titolari di contratti di collaborazione o di incarichi a contratto, lavoratori interinali e disciplinati dalla L. Biagi, soggetti occupati in lavori socialmente utili, volontari), autorizzati dal Contraente all'utilizzo di mezzi di trasporto e assicurabili in forza di specifiche previsioni di leggi, contratti o convenzioni e per la cui identificazione varrà la documentazione amministrativa tenuta dal Contraente a termini di legge.

Limitatamente all'impiego di mezzi di trasporto di proprietà del Contraente, ovvero ad esso locati, in uso o comodato, in forza di convenzioni od altri atti ufficiali, l'assicurazione è estesa a tutte le persone autorizzate dal Contraente medesimo a farne uso.

Ambito di validità dell'assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni sofferti dagli Assicurati in qualità di conducenti o trasportati di mezzi di trasporto utilizzati per conto e su autorizzazione del Contraente, per l'espletamento di compiti di servizio al di fuori dell'ufficio e limitatamente al tempo necessario per l'esecuzione delle prestazioni di servizio, compresi gli infortuni sofferti salendo o scendendo sui/dai mezzi di trasporto menzionati, durante le soste e durante le operazioni necessarie, in caso di fermata, a riprendere la marcia.

Per l'identificazione dei mezzi di trasporto per il cui utilizzo è prestata l'assicurazione, farà fede la documentazione amministrativa del Contraente.

La garanzia è operante anche in occasione di missioni esterne svolte per conto di Enti presso i quali i menzionati assicurati siano comandati dal Contraente, anche per incarichi di reggenza o di supplenza, sempre che per tali incarichi siano considerati i corrispondenti elementi pattuiti per il computo del premio della presente sezione.

Indennità assicurate pro capite

- Euro 250.000,00 in caso di morte;
- Euro 250.000,00 in caso di invalidità permanente;

Condizioni particolari operanti

- 3.1 Limitazione della garanzia agli infortuni professionali
- 3.7 Danni estetici
- 3.10 Servizio di protezione civile
- 3.11 Regolazione del premio

Elementi per il conteggio del premio

Il premio annuo lordo viene determinato in base:

- 1) relativamente all'utilizzo di veicoli non di proprietà del Contraente - alla percorrenza chilometrica coperta, per conto e su autorizzazione del Contraente, dagli autoveicoli utilizzati dagli Assicurati per gli adempimenti sopra descritti;
- 2) relativamente all'utilizzo di veicoli di proprietà del Contraente, o nelle disponibilità dello stesso per convenzione, comodato o locazione - al numero complessivo di tali veicoli, esclusi: macchine operatrici, macchine agricole e rimorchi;

e viene anticipato in base a:

- a) *preventivo percorrenza di cui al punto 1)* = **Km. 11.000**

Provincia di Verona – capitolato speciale dell'assicurazione Infortuni cumulativa

tasso di premio per Km. = Euro _____
per un importo di _____ Euro _____

b) *numero iniziale dei veicoli di cui al punto 2) = 56*
premio per veicolo = Euro _____
per un importo di _____ Euro _____

per un premio lordo annuo (a+b), soggetto a regolazione a consuntivo, pari a Euro _____

Sezione C – Corsi di Formazione Professionale

Assicurati:

Tutti gli iscritti e/o partecipanti ai corsi di formazione professionale istituiti dall'Ente Contraente, per tutti i rischi inerenti all'iscrizione e/o partecipazione a tali corsi.

Ambito di validità dell'assicurazione

L'assicurazione vale per tutti i rischi inerenti all'iscrizione e/o partecipazione a tali corsi, compreso i rischi derivanti dalla partecipazione a visite didattiche di uno o più giorni, visite ad ambienti o luoghi di lavoro, gite scolastiche e tutte le attività di stage svolte ovunque.

L'assicurazione vale anche durante il percorso dell'Assicurato dall'abitazione al Centro di Formazione Professionale e alle aziende e viceversa e comunque in ogni luogo dove verrà svolta un'attività riferentesi all'espletamento dell'attività assicurata.

Ai fini della garanzia prestata con la presente polizza, faranno fede le registrazioni dell'Ente Contraente.

Indennità assicurate pro capite

Euro 51.000,00 in caso di morte;
Euro 103.000,00 in caso di invalidità permanente
Euro 1.500,00 in caso di spese sanitarie da infortunio
Euro 50,00 al giorno per diaria da ricovero

Condizioni particolari operanti

3.1 Limitazione della garanzia agli infortuni professionali
3.7 Danni estetici
3.11 Regolazione del premio

Elementi per il conteggio del premio

Il premio annuo lordo è determinato in base al numero di allievi frequentanti, presunti in numero di 70 (considerando 177 giornate di corso annue)

Premio, per Assicurato = Euro _____

Il premio lordo annuo, soggetto a regolazione a consuntivo, ammonta a Euro _____