

Aziende pubbliche di servizi alla persona

“Opera Pia Coianiz”

della Carnia “San Luigi Scrosoppi”

“Stati Uniti d’America”

Capitolato speciale dell’assicurazione

**LOTTO 3
INFORTUNI CUMULATIVA**

| CIG Opera Pia Coianiz | CIG della Carnia | CIG Stati uniti d’America |
|----------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------|
| 7802330E63 | 78038840CE | 7804155071 |

Durata del contratto

dalle ore 24 del: 31/03/2019

alle ore 24 del: 31/12/2021

DEFINIZIONI

Ai seguenti termini, utilizzati nel contratto, le Parti convengono di attribuire il significato di seguito precisato:

Assicurazione

Il contratto di assicurazione.

Amministrazione o Ente

l’Ente contraente, le Aziende di Servizi alla Persona riportati nelle schede attuative del presente normativo, assicurati dalla polizza

Contraente

il soggetto che stipula la assicurazione

Assicurato:

Il soggetto (persona fisica o giuridica) il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

Compagnia o Società

L’Impresa Assicuratrice delegataria e le Imprese coassicuratrici (qualora previste).

Polizza

Il documento che prova l’assicurazione.

Premio

La somma dovuta dal Contraente 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.

Infortunio

Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Invalidità Permanente

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

Inabilità Temporanea

Temporanea incapacità di attendere alle occupazioni professionali svolte.

Malattia

L’alterazione a carattere evolutivo dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Ricovero

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

Gessatura/Mezzo di contenzione

Ogni dispositivo o apparecchio, con funzione di immobilizzazione e/o stabilizzazione, applicato da personale medico o paramedico, a seguito di frattura o rottura o lesione ossea, miocapsulolegamentosa o tendinea, accertata mediante apparecchiatura diagnostica o clinicamente diagnosticata in ambiente sanitario.

Istituti di Cura

Ospedali, cliniche, case di cura, pubblici o privati, autorizzati a termini di legge al ricovero dei malati/infortunati.

Periodo assicurativo annuo

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

Broker incaricato

Integra Broker S.r.l.- Iscrizione R.U.I. n. B000058936 – Via Benedetto Dei, 19 – 50127 – Firenze (FI)

1.0 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 e decorrenza della garanzia

L’assicurazione decorre, con copertura immediata, dalle ore 24 del giorno indicato in polizza, anche in pendenza del pagamento del premio di prima rata, sempre che detto pagamento - in deroga all’art. 1901 C.C. - avvenga entro i 30 giorni successivi. In caso contrario l’assicurazione avrà effetto dalle ore 24 del giorno di pagamento.

Se il Contraente non paga i premi per le rate successive, l’assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello della rispettiva scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.

Ai sensi dell’art. 48bis del DPR 602/1973 la Società dà atto che:

- l’Assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuata dal Contraente ai sensi del D. M. E. F. del 18 gennaio 2008 n° 40, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all’art. 3 del Decreto;
- il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all’Agente di Riscossione ai sensi dell’art. 72 bis del DPR 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell’art. 1901 c.c. nei confronti della Società stessa.

Il termine temporale concesso per i pagamenti dei premi di prima rata e delle rate successive deve intendersi operante anche relativamente alle appendici di variazione emesse a titolo oneroso, fermo quanto diversamente normato dalla clausola di regolazione del premio, ove prevista.

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

La durata del presente contratto è di anni 2 (due) e mesi 9 (nove) con decorrenza dalle ore 24 del 31.03.2019 e con scadenza alle ore 24 del 31.12.2021.

Alla scadenza del 31.12.2021, 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 180 (centottanta) giorni oltre la scadenza contrattuale e dietro corresponsione del corrispondente rateo di premio.

Nel caso di contratto di durata poliennale, il Contraente ha la facoltà di rescindere il contratto medesimo ad ogni scadenza annua intermedia, mediante comunicazione scritta, da inviarsi alla Società almeno 90 (novanta) giorni prima della scadenza del periodo assicurativo annuo in corso.

1.5 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 180 (centottanta) giorni da darsi tramite lettera raccomandata A.R. o PEC.

Nel caso una delle parti eserciti tale facoltà, la Società rimborserà al Contraente, entro 30 (trenta) giorni dalla data di efficacia del recesso, il rateo di premio relativo al residuo periodo di assicurazione in corso, compreso - nel solo caso in cui sia la Società a recedere dal contratto - l’importo corrispondente al rateo di imposte.

1.6 Oneri fiscali

Tutti gli oneri fiscali - presenti e futuri - relativi al premio dell’assicurazione, sono a carico del Contraente anche se ne sia stato anticipato il pagamento dalla Società.

1.7 Foro competente

Per le controversie riguardanti l’esecuzione del presente contratto è competente esclusivamente il Foro del luogo dove ha sede legale il Contraente.

Ove venga attivato un procedimento stragiudiziale di mediazione, sia esso obbligatorio o facoltativo e salvo diversa previsione di legge, tale procedimento dovrà svolgersi dove ha sede legale il Contraente e/o l’Assicurato.

1.8 Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni inerenti il contratto, saranno considerate valide se fatte dall’una all’altra parte con lettera raccomandata o telegramma o telefax o e.mail.

1.9 Rinvio alle norme di legge

Per quanto non è espressamente regolato dalle presenti condizioni contrattuali valgono le norme di legge.

1.10 Clausola broker

Il Contraente si avvale, per la gestione e l’esecuzione del presente contratto dell’assistenza e della consulenza del Broker incaricato.

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 durata e la cessazione del rapporto assicurativo - dovrà essere trasmessa, dall’una all’altra parte, unicamente per il tramite del Broker incaricato. Per effetto di tale pattuizione, ogni comunicazione fatta alla Società dal Broker incaricato, in nome e per conto del Contraente, si intenderà come fatta dal Contraente stesso e, parimenti, ogni comunicazione inviata dalla Società al Broker incaricato si intenderà come fatta al Contraente.

Resta inteso che il Broker incaricato 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.

La Società dà e prende atto che il pagamento dei premi viene effettuato tramite il Broker incaricato e riconosce che il pagamento effettuato in buona fede dal Contraente al Broker incaricato si considera - ai fini di quanto disposto dall’art. 1901 C.C. - come eseguito nei confronti della Società e deve pertanto intendersi liberatorio per il Contraente.

Il Broker incaricato si impegna a dare una tempestiva comunicazione alla Società degli incassi realizzati per titoli relativi al presente contratto rilasciati dalla Società medesima procedendo quindi a regolarne i rispettivi importi con estratto all’ultimo giorno del mese nel quale è stato effettuato l’incasso e alla corresponsione materiale dei premi entro il giorno 10 del mese successivo.

La remunerazione del Broker è a carico della Società nella misura percentuale indicata nel disciplinare di gara.

1.11 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 incaricato 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.

1.12 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.

1.13 Informazione sinistri

La Società si impegna a fornire al Contraente e/o al Broker incaricato, con cadenza semestrale ed entro 20 giorni lavorativi dal ricevimento della relativa richiesta scritta, qualificati resoconti sullo stato dei sinistri riguardanti il presente contratto e, in particolare, l’elenco dei sinistri denunciati, recante:

- numero del sinistro della Società;
- data di accadimento;
- tipologia del danno;
- stato del sinistro (“in trattativa”, “liquidato” e “chiuso senza seguito”);
- importo liquidato e relativa data della liquidazione ovvero importo posto a riserva;

Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al Contraente di chiedere e ottenere un aggiornamento con le modalità di cui sopra in date diverse da quelle indicate.

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 Obblighi relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari

Ai sensi e per gli effetti di cui all’art. 3 della legge 13 agosto 2010, n. 136 e successive modifiche e integrazioni, la Società assume tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla suddetta legge.

Al fine di assicurare la tracciabilità gli strumenti di pagamento devono recare il CIG (Codice Identificativo Gara) attribuito al contratto. Ai sensi della richiamata normativa, qualora la Società non assolva tali obblighi il presente contratto si risolve di diritto.

2.0 NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

2.1 Oggetto dell'assicurazione

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

- 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;
e/o
- di attività derivanti da ragioni di servizio e/o incarico e/o mandato;
e/o
- di ogni altra attività che non abbia carattere professionale;

dovendosi al riguardo fare riferimento alle specifiche previsioni delle Schede Attuative, che formano parte integrante e sostanziale dell’assicurazione.

2.2 Estensione dell'assicurazione

Sono compresi nell’assicurazione e si considerano pertanto infortuni:

- 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;

Sono inoltre compresi nell’assicurazione:

- gli infortuni sofferti in conseguenza di contatto con corrosivi;
- gli infortuni sofferti in stato di malore o incoscienza;
- gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza o 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
- gli infortuni subiti per legittima difesa o per dovere di solidarietà umana
- la “morte presunta”

2.3 Rischio volo

L'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi in aereo, per motivi di mandato o servizio, 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.

Il cumulo delle somme assicurate di cui alla presente polizza e di altre assicurazioni da chiunque stipulate a favore degli stessi Assicurati per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni individuali e cumulative non può superare i seguenti capitali:

per persona:

Euro 1.050.000,00 per il caso Morte

Euro 1.050.000,00 per il caso di Invalidità Permanente totale

Euro 250,00 al giorno per il caso di Inabilità Temporanea;

complessivamente per aeromobile:

Euro 5.200.000,00 per il caso Morte

Euro 5.200.000,00 per il caso di Invalidità Permanente Totale

Euro 5.200,00 al giorno per il caso di Inabilità Temporanea.

Nell’anzidetta limitazione per aeromobile rientrano anche le somme che si riferiscono ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze infortuni cumulative stipulate dallo stesso Contraente.

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

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 80 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 tecnica) le persone affette da alcolismo, da tossicodipendenza o dalle seguenti infermità mentali: schizofrenia, stati paranoidi e maniacali. L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi. Tuttavia ove l'assicurazione sia prestata sulla base di disposizioni di legge o in applicazione di contratti collettivi di lavoro, la richiamata esclusione non sarà operante.

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 alla Società o al Broker, 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 ivi prevista 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 in ogni caso 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.

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.

I detti limiti massimi sono confermati anche se l'ernia è bilaterale.

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)

Se l'Assicurato, in conseguenza di infortunio indennizzabile, ricorre a prestazioni sanitarie, la Società rimborsa, fino alla concorrenza del massimale previsto, da intendersi pro capite per periodo assicurativo annuo, le spese sostenute per:

- accertamenti diagnostici e medico legali (esclusi quelli previsti alla norma "controversie");
- visite mediche specialistiche ed acquisto di medicinali;

- eventuale intervento chirurgico - anche ambulatoriale - e quindi onorari del chirurgo e di ogni altro componente l'equipe operatoria, diritti di sala operatoria, materiale d'intervento;
- apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento chirurgico;
- acquisto di apparecchi protesici sostitutivi di parti anatomiche nonché di tutori ortopedici;
- applicazione di gessature, bendaggi e altri presidi di immobilizzazione;
- rette di degenza in Istituto di cura;
- cure e trattamenti fisioterapici e riabilitativi;
- cure odontoiatriche e odontotecniche, nonché protesi dentarie, rese necessarie dal sinistro, purché sostenute entro 1 anno dalla data dell'infortunio - col limite di indennizzo pari al 50% del massimale assicurato;
- acquisto di lenti, comprese quelle a contatto, necessitato da un danno oculare o comunque da infortunio indennizzabile, e reso necessario entro 1 anno dalla data dell'infortunio stesso - con il limite di indennizzo pari al 50% del massimale assicurato;
- acquisto di protesi ed apparecchi acustici resosi necessario comunque a seguito di un infortunio indennizzabile a termini di polizza;
- trasporto dell'Assicurato dal luogo dell'infortunio a un qualsiasi Istituto di cura.

La Società effettua il pagamento di quanto dovuto a cura ultimata, su presentazione, in originale, delle relative notule e/o ricevute di pagamento debitamente quietanzate.

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 180 giorni, su presentazione di cartella clinica.

Qualora venga applicata una gessatura, l'indennità giornaliera prevista viene corrisposta, sino alla rimozione del mezzo di contenzione, anche per il periodo trascorso fuori dell'Istituto, per un massimo di 180 giorni oltre il periodo di ricovero.

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 rifiuta 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 espressa richiesta scritta 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.

2.23 Limite catastofale

Nel caso di infortunio che colpisca contemporaneamente più persone assicurate, in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà comunque superare l'importo di Euro 5.200.000,00.

Qualora le indennità liquidabili ai sensi di polizza eccedessero nel loro complesso tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

3.0 NORME PARTICOLARI

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

3.1 Delimitazione dell’assicurazione

L’assicurazione vale per gli infortuni sofferti dall’Assicurato nell’esercizio delle attività e nell’espletamento delle funzioni cui si riferisce la rispettiva Sezione della Scheda Tecnica di polizza, al punto “Ambito di validità dell’assicurazione”.

3.2 Rischio *in itinere*

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

3.3 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%.

3.4 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 ovvero connesso con la funzione svolta per conto del Contraente, 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.

3.5 Deroga ai limiti di età

A parziale deroga delle norme che regolano l’assicurazione il limite di età delle persone assicurate deve intendersi elevato a 80 anni.

3.6 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 12.000,00 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.

3.7 Franchigia per il caso di invalidità permanente

Relativamente alla garanzia per invalidità permanente si conviene che:

- l’indennizzo verrà riconosciuto senza alcuna franchigia fino a Euro 250.000,00 di indennità assicurata. E’ fatta eccezione per gli Assicurati di età superiore a 80 anni per i quali non si farà luogo a indennizzo quando l’invalidità permanente accertata sia di grado non superiore al 3% dell’invalidità totale. Qualora l’invalidità accertata risulti superiore al 3%, l’indennizzo verrà corrisposto solo per la parte che eccede detta percentuale.
- sulla parte di indennità assicurata eccedente Euro 250.000 non si farà luogo ad indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado non superiore al 5% dell’invalidità totale; qualora il grado di invalidità accertata risulti superiore al 5%, l’indennizzo verrà corrisposto soltanto per la parte che eccede detta percentuale.

Nel caso di infortunio da cui derivi all’Assicurato un’invalidità permanente di grado pari o superiore al 20% dell’invalidità totale, la Società liquiderà l’indennizzo senza deduzione di alcuna franchigia.

3.8 Franchigia assoluta per il caso di invalidità permanente

La Società non riconoscerà alcun indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado non superiore al 3% dell'invalidità permanente totale; se invece essa risulterà superiore al 3% dell'invalidità permanente totale, l'indennizzo verrà corrisposto soltanto per la parte eccedente. Tuttavia, nel caso in cui l'invalidità permanente accertata sia di grado pari o superiore al 20% dell'invalidità permanente totale, la Società liquiderà l'indennizzo senza deduzione di alcuna franchigia.

3.9 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.

3.10 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.

3.11 Regolazione del premio

Il premio viene anticipato dal Contraente in via provvisoria, sulla base dei parametri variabili 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:

a) Comunicazione dei dati e pagamento della differenza di premio

Entro 120 giorni dal termine di ciascun periodo assicurativo annuo, il Contraente è tenuto a comunicare per iscritto alla Società il dato consuntivo dei parametri variabili considerati per il conteggio del premio.

Ai fini del conteggio del premio definitivo, le differenze attive o passive risultanti dalla regolazione vengono computate convenzionalmente nella misura del 50% - salvo diversa pattuizione risultante nelle singole sezioni della Scheda Tecnica - e devono essere pagate dalla parte debitrice nei 60 giorni successivi alla data di ricevimento della relativa appendice da parte del Contraente.

Fermo, se previsto, l'eventuale premio minimo per ciascun periodo assicurativo annuo, il rimborso dovuto - in caso di regolazione passiva - verrà pagato dalla Società al netto delle imposte.

b) Inosservanza degli obblighi di comunicazione dei dati

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti o il pagamento della differenza attiva eventualmente dovuta, la Società dovrà fissargli un ulteriore termine non inferiore ai 30 giorni, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo annuo per il quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva.

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, avrà diritto di agire giudizialmente.

In caso di mancata comunicazione dei dati di regolazione o di mancato pagamento del premio di conguaglio, gli eventuali sinistri potranno essere indennizzati nella stessa proporzione esistente tra il premio versato a deposito e l’intero premio dovuto (deposito più conguaglio). Qualora all’atto della regolazione annuale, il consuntivo degli elementi variabili di rischio superi il doppio di quanto preso come base per la determinazione del premio dovuto in via anticipata, quest’ultimo verrà rettificato, a partire dalle prima scadenza annua successiva alla comunicazione, sulla base di un’adeguata rivalutazione del preventivo degli elementi variabili il cui nuovo importo sarà definito in misura non inferiore al 75% di quello dell’ultimo consuntivo.

3.12 Assicurati

Sezione A - Amministratori

Assicurati

Gli Amministratori del Contraente (Presidente, componenti del Consiglio di Amministrazione)

Ambito di validità dell’assicurazione

L’assicurazione vale per gli infortuni sofferti dagli Assicurati durante lo svolgimento di qualsiasi attività, anche di rappresentanza, inerente l’esercizio del rispettivo mandato per conto del Contraente, anche in occasione di viaggi, trasferte e trasferimenti - compreso il rischio *in itinere* - effettuati da o verso la sede in cui è previsto lo svolgimento dell’attività connessa all’espletamento delle rispettive funzioni e compiti d’ufficio.

Indennità assicurate pro capite

- Euro 200.000,00 in caso di morte;
- Euro 200.000,00 in caso di invalidità permanente;

Condizioni particolari operanti

- 3.1 Delimitazione dell’assicurazione
- 3.2 Rischio in itinere
- 3.3 Elevazione dell’indennità assicurata in caso di morte da aggressione
- 3.4 Estensione alle aggressioni al di fuori dell’orario e dell’ambito di svolgimento dell’attività
- 3.5 Deroga ai limiti di età
- 3.6 Danni estetici
- 3.7 Franchigia per il caso di invalidità permanente
- 3.9 Malattie tropicali
- 3.10 Spese di rimpatrio
- 3.11 Regolazione del premio

Elementi per il conteggio del premio lordo della presente sezione

Il premio annuo lordo è determinato in base al numero di persone assicurate.

Sezione B – Conducenti di veicoli

Assicurati

Il Direttore generale, ed i dipendenti del Contraente nonché altri soggetti non in rapporto di dipendenza con il Contraente (a titolo meramente indicativo e non esaustivo: personale comandato da Comuni o altri enti o associazioni, titolari di contratti di collaborazione o di incarichi a contratto, lavoratori somministrati, soggetti occupati in lavori socialmente utili, volontari, volontari del servizio civile) ma della cui opera questi si avvale, autorizzati all’utilizzo di mezzi di trasporto sia di proprietà del Contraente medesimo, in locazione o comodato o concessi in uso esclusivo allo stesso, sia degli assicurati stessi che di terzi.

Ambito di validità dell’assicurazione

L’assicurazione vale per gli infortuni sofferti dagli Assicurati, in qualità di conducenti o trasportati, autorizzati a servirsi dei mezzi di trasporto sopra menzionati e utilizzati per conto del Contraente in occasione di missioni e adempimenti di servizio per il tempo necessario per l’esecuzione di tali adempimenti. Sono compresi gli infortuni sofferti salendo o scendendo sui/dai mezzi di trasporto menzionati e durante le operazioni necessarie, in caso di fermata, a riprendere la marcia.

Per l’identificazione degli Assicurati e dei mezzi di trasporto per il cui utilizzo è prestata l’assicurazione, farà fede la documentazione amministrativa del Contraente od ogni altra evidenza probatoria, inteso che deve comunque intendersi compreso l’uso di ciclomotori e velocipedi.. Limitatamente ai casi in cui per la missione o l’adempimento di servizio sia stato autorizzato l’utilizzo del veicolo da e/o per la dimora abituale dell’Assicurato, per ragioni di necessità e convenienza del Contraente, deve intendersi compreso il rischio in itinere.

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.

Indennità assicurate pro capite

- **Euro 200.000,00** in caso di morte;
- **Euro 200.000,00** in caso di invalidità permanente;

Condizioni particolari operanti

- 3.1 Delimitazione dell’assicurazione
- 3.6 Danni estetici
- 3.7 Franchigia per il caso di invalidità permanente
- 3.10 Spese di rimpatrio

Elementi per il conteggio del premio lordo della presente sezione

Il premio annuo lordo è determinato in base al numero di veicoli di proprietà dell’Ente.

Sezione C – Dipendenti in missione con mezzo proprio

Assicurati

Il Direttore Generale e i dipendenti del Contraente autorizzati a servirsi, in occasione di missioni o per adempimenti di servizio del mezzo di trasporto non di proprietà dell’Ente.

Ambito di validità dell’assicurazione

L’assicurazione vale per gli infortuni sofferti dagli Assicurati, in qualità di conducenti o trasportati, autorizzati a servirsi del mezzo di trasporto non di proprietà dell’Ente, in occasione di missioni e adempimenti di servizio per il tempo necessario per l’esecuzione di tali adempimenti. Sono compresi gli infortuni sofferti salendo o scendendo sui/dai mezzi di trasporto menzionati e durante le operazioni necessarie, in caso di fermata, a riprendere la marcia.

Per l’identificazione degli Assicurati e dei mezzi di trasporto per il cui utilizzo è prestata l’assicurazione, farà fede la documentazione amministrativa del Contraente od ogni altra evidenza probatoria, inteso che deve comunque intendersi compreso l’uso di ciclomotori e velocipedi.. Limitatamente ai casi in cui per la missione o l’adempimento di servizio sia stato autorizzato l’utilizzo del veicolo da e/o per la dimora abituale dell’Assicurato, per ragioni di necessità e convenienza del Contraente, deve intendersi compreso il rischio in itinere.

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.

Indennità assicurate pro capite

- Euro 200.000,00 in caso di morte;
- Euro 200.000,00 in caso di invalidità permanente;

Condizioni particolari operanti

- 3.1 Delimitazione dell'assicurazione
- 3.6 Danni estetici
- 3.7 Franchigia per il caso di invalidità permanente
- 3.10 Spese di rimpatrio

Elementi per il conteggio del premio lordo della presente sezione

Il premio annuo lordo è determinato in base al numero di km percorsi dagli Assicurati.

Sezione D - Volontari e collaboratori occasionali occupati in attività di interesse collettivo o di pubblica utilità

Assicurati:

I volontari, non appartenenti ad associazioni di volontariato regolarmente costituite, volontari del servizio civile e collaboratori occasionali (compresi privati cittadini), che prestano la loro opera non retribuita per conto e su autorizzazione o tramite l’organizzazione del Contraente, per lo svolgimento di attività e lavori di interesse collettivo o di pubblica utilità.

Si intendono equiparati ai volontari i soggetti che, per disposizione del Tribunale competente, vengono inviati presso il Contraente o sue strutture, a svolgere attività di pubblica utilità quale misura sostitutiva della pena e per i quali l’assicurazione è operante anche a parziale deroga delle previsioni di cui al punto 2.8 delle condizioni che regolano l’assicurazione.

Ambito di validità dell’assicurazione

L’assicurazione vale per gli infortuni sofferti dagli Assicurati nello svolgimento di attività e lavori di pubblica utilità quali, a titolo meramente esemplificativo: impianto e manutenzione del verde pubblico, allestimento e smontaggio di strutture nonché gestione dei servizi per manifestazioni in genere organizzate o promosse dal Contraente, esecuzione di piccole manutenzioni di beni di interesse pubblico, anche con impiego di macchinari e attrezzature pertinenti all’attività svolta, attività di animazione e aiuto all’assistenza agli ospiti, accompagnamento e sorveglianza in ausilio ai servizi sociali e assistenziali del Contraente, nonché ogni altra attività prevista da convenzioni, contratti d’opera o altri specifici atti amministrativi del Contraente.

Per l’identificazione degli Assicurati e per il computo delle giornate di attività farà fede la documentazione relativa alle iniziative, tenuta dai rispettivi servizi competenti del Contraente a disposizione degli incaricati della Società di compiere accertamenti.

In caso di sinistro il Contraente è tenuto a produrre specifica dichiarazione attestante che l’infortunio sofferto dall’Assicurato si è verificato nello svolgimento delle attività per le quali è prestata l’assicurazione.

Indennità assicurate pro capite

- Euro 200.000,00 in caso di morte;
- Euro 200.000,00 in caso di invalidità permanente;
- Euro 5.000,00 in caso di spese sanitarie da infortunio.

Condizioni particolari operanti

- 3.1 Delimitazione dell'assicurazione
- 3.2 Rischio in itinere
- 3.5 Deroga ai limiti di età
- 3.6 Danni estetici
- 3.7 Franchigia per il caso di invalidità permanente
- 3.11 Regolazione del premio (in base al 100% del parametro variabile a consuntivo)
- 3.12 Diaria per ricovero da malattia od infortunio

Elementi per il conteggio del premio lordo della presente sezione

Il premio annuo lordo è determinato in base al numero di giornate di presenza degli Assicurati, come da registri tenuti dall’Ente.

3.13 Scheda Tecnica e di conteggio del premio

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

Per “parametri di riferimento” si intende quanto segue:

| Sezione | Denominazione del rischio assicurato | Parametro di riferimento: definizione | Premio unitario per parametro di riferimento € |
|---------|--|--|--|
| A | Amministratori | il numero dei soggetti assicurati | ..... |
| B | Conducenti di veicoli | il numero dei veicoli di proprietà degli Enti | |
| C | Dipendenti in missione | il numero di km percorsi dagli assicurati con veicoli non iscritti al PRA a nome dell’Ente | |
| D | Volontari e collaboratori occasionali occupati in attività di interesse collettivo o di pubblica utilità | il numero di giornate di presenza per persona assicurata | |

Per ogni Azienda assicurata verrà emesso apposito documento di polizza avente le medesime condizioni normative del presente Capitolato e quelle economiche riportate in ogni Scheda attuativa che segue

La Società

Il Contraente

SCHEDA ATTUATIVA N° 2) – AZIENDA PUBBLICA DI SERVIZI ALLA PERSONA "OPERA PIA COIANIZ"

| | |
|------------|---|
| Contraente | Azienda Pubblica di Servizi alla Persona "Opera Pia Coianiz" |
| Indirizzo | Via P. Coianiz, 8 33017 Tarcento (UD) |
| C.F./P.I. | 00512430307 |

Calcolo del premio

| Sezione | Denominazione del rischio assicurato | Parametro di riferimento: numero | Premio unitario per parametro di riferimento € | Premio complessivo per partita € |
|------------------------------|--|---|---|---|
| A | Amministratori | 5 | ..... | ..... |
| B | Conducenti di veicoli | 1 | ..... | ..... |
| C | Dipendenti in missione | 1.800 km | ..... | ..... |
| D | Volontari e collaboratori occasionali occupati in attività di interesse collettivo o di pubblica utilità | 0 | ..... | ..... |
| PREMIO TOTALE ANNUO € |  |  |  | ..... |
| di cui Imposte |  |  |  | ..... |

La Società

Il Contraente / Assicurato

SCHEDA ATTUATIVA N° 3) – A.S.P. STATI UNITI D’AMERICA

| | |
|------------|---|
| Contraente | A.S.P. Stati Uniti d’America |
| Indirizzo | Via Stati Uniti d’America, 10 33029 Villa Santina (UD) |
| C.F./P.I. | 02892040300 |

Calcolo del premio

| Sezione | Denominazione del rischio assicurato | Parametro di riferimento: numero | Premio unitario per parametro di riferimento € | Premio complessivo per partita € |
|---------|--|----------------------------------|--|----------------------------------|
| A | Amministratori | 3 | ..... | ..... |
| B | Conducenti di veicoli | 2 | ..... | ..... |
| C | Dipendenti in missione | 0 | ..... | ..... |
| D | Volontari e collaboratori occasionali occupati in attività di interesse collettivo o di pubblica utilità | 400 gg | ..... | ..... |
| | | | PREMIO TOTALE ANNUO € | ..... |
| | | | di cui Imposte | ..... |

La Società

Il Contraente / Assicurato

Il Contraente dichiara di conoscere, approvare e accettare specificamente le disposizioni delle sottoelencate clausole:

Norme che regolano l’assicurazione in generale:

Art. 1.3 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Art. 1.5 - Recesso in caso di sinistro

Art. 2.9 – Denuncia del sinistro e relativi obblighi

Art. 2.10 – Criteri di indennizzabilità