



Capitolato Tecnico

POLIZZA DI ASSICURAZIONE INFORTUNI CUMULATIVA

La presente polizza è stipulata tra

COMUNE DI ANCONA
P.zza XXIV Maggio n.1
C.F./P.I. 00351040423

e

Società Assicuratrice
Agenzia di
.
.

Durata del contratto

Dalle ore 24.00 del :	30/09/2019
Alle ore 24.00 del :	31/12/2023

Con scadenze dei periodi di assicurazione
successivi al primo fissati

Alle ore 24.00 di ogni	31/12
-------------------------------	--------------



SOMMARIO

SEZIONE 1 DEFINIZIONI E IDENTIFICAZIONE DEGLI ASSICURATI

Art.1 Definizioni

SEZIONE 2 NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

Art.1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio
Art.2 Assicurazione presso diversi Assicuratori
Art.3 Durata del contratto
Art.4 Pagamento del premio e decorrenza della garanzia
Art.5 Regolazione del premio
Art.6 Modifiche dell'assicurazione
Art.7 Interpretazione del contratto Oneri fiscali
Art.8 Titolarità dei diritti nascenti dal contratto
Art.9 Assicurazione per conto di chi spetta
Art.10 Foro competente
Art.11 Oneri fiscali
Art.12 Trattamento dei dati
Art.13 Rinvio alle norme di legge
Art.14 Coassicurazione e delega
Art.15 Esonero denuncia infermità difetti fisici e mutilazioni
Art.16 Rinuncia alla rivalsa

SEZIONE 3 GESTIONE E LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

Art.1 Denuncia del sinistro e relativi obblighi
Art.2 Criteri di indennizzabilità
Art.3 Controversie
Art.4 Liquidazione dell'indennità
Art.5 Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio
Art.6 Recesso a seguito sinistro

SEZIONE 4 NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Art.1 Oggetto dell'assicurazione
Art.2 Identificazione degli assicurati
Art.3 Rischi coperti
Art.4 Esclusioni
Art.5 Persone escluse dall'assicurazione e non assicurabili
Art.6 Ernie da sforzo
Art.7 Rischio aeronautico Servizio militare
Art.8 Rischio in itinere - reperibilità
Art.9 Morte
Art.10 Morte Presunta
Art.11 Invalidità permanente INAIL
Art.12 Diaria da ricovero (ove prevista)
Art.13 Rimborso spese mediche
Art.14 Danni estetici
Art.15 Rientro sanitario
Art.16 Rimpatrio salma

SEZIONE 5 CATEGORIE e SOMME ASSICURATE

Art.1.1 Art.1.9 Categorie e Somme assicurate, scoperti e franchigie



SEZIONE 6 - FRANCHIGIE, SCOPERTI E CALCOLO DEL PREMIO

- Art.1 Scoperti e Franchige
- Art.2 Calcolo del premio e modalità di applicazione della regolazione
- Art.3 Disposizione finale



SEZIONE 1 DEFINIZIONI E DESCRIZIONE DELL'ATTIVITA'

Art.1 - Definizioni

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



SEZIONE 2 NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

Art.1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

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

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

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

Tuttavia l'omissione, incompletezza o inesattezza della dichiarazione da parte del Contraente e/o dell'Assicurato di una circostanza eventualmente aggravante il rischio, durante il corso della validità della presente polizza così come all'atto della sottoscrizione della stessa, non pregiudicano il diritto all'indennizzo, sempre che tali omissioni, incomplete o inesatte dichiarazioni siano avvenute in buona fede e in assenza di dolo.

Art.2 - Assicurazione presso diversi Assicuratori

E' data facoltà al Contraente di non comunicare altre assicurazioni che avesse in corso o che stipulasse in futuro con altre imprese per gli stessi rischi assicurati con il presente contratto di assicurazione. Il presente contratto di assicurazione s'intende stipulato indipendentemente ed in aggiunta alle assicurazioni obbligatorie previste per gli infortuni sul lavoro dalle Leggi vigenti e da quelle eventuali future. Il Contraente è inoltre esonerato dal denunciare le assicurazioni a favore dei propri dipendenti a cui fosse tenuto per legge o per disposizioni aventi comunque carattere obbligatorio, delle quali la presente costituisce un complemento, pur essendo completamente separata ed indipendente.

Gli Assicurati sono esentati dall'obbligo di comunicare l'esistenza di altre assicurazioni stipulate da loro stessi o da altri a copertura degli stessi rischi assicurati con il presente contratto.

In caso di sinistro non si farà luogo all'applicazione del disposto dell'art.1910 del Codice Civile per tutte quelle garanzie che non rappresentino un rimborso di spese sostenute.

Art. 3 Durata del contratto (Opzione base)

La presente polizza ha durata iniziale dalle ore 24.00 del 30 settembre 2019 e scadenza alle ore 24.00 del 31 dicembre 2023 senza tacito rinnovo.

Il contratto si intende pertanto risolto alla sua naturale scadenza senza obbligo di disdetta.

Il Contraente potrà richiedere alla Società, entro **60 giorni** dalla data della naturale scadenza contrattuale, la proroga della presente assicurazione, fino al completo espletamento delle procedure d'aggiudicazione della nuova assicurazione e comunque per un periodo massimo di 1 anno.

Art. 3 Durata del contratto (Opzione modificata 2 punti)

La presente polizza ha durata iniziale dalle ore 24.00 del 30 settembre 2019 e scadenza alle ore 24.00 del 31 dicembre 2023 senza tacito rinnovo.

Il contratto si intende pertanto risolto alla sua naturale scadenza senza obbligo di disdetta.

Il Contraente potrà richiedere alla Società, entro **30 giorni** dalla data della naturale scadenza contrattuale, la proroga della presente assicurazione, fino al completo espletamento delle procedure d'aggiudicazione della nuova assicurazione e comunque per un periodo massimo di 1 anno.

Art.4 Pagamento del Premio e decorrenza della garanzia

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza ancorché il premio venga versato entro i **60 giorni** successivi al medesimo, solo per la prima rata di premio, per gli anni seguenti entro 45 gg. dalla scadenza annuale.

I premi devono essere pagati alla Società Assicuratrice per il tramite dell'Agenzia alla quale è stata assegnata la polizza.

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

Qualora le eventuali verifiche effettuate dal Contraente presso Equitalia Servizi S.p.A., ai sensi del Decreto Ministeriale n. 40 del 18/01/2008 e della Circolare del Ministero dell'Economia e delle Finanze n. 22 del 29/07/2008, evidenziasse un inadempimento a carico della Società la Società stessa da atto che l'Assicurazione conserva la



propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuate dal Contraente ai sensi di legge, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 (trenta) giorni di cui all'art. 3 del Decreto sopra citato.

Inoltre il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'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.

L'Assicurazione è altresì operante fino al termine delle verifiche e dei controlli che il Contraente deve effettuare in capo all'aggiudicatario della presente Polizza circa il possesso di tutti i requisiti di partecipazione richiesti nel bando e nel disciplinare di gara, nonché quelli richiesti dalle vigenti disposizioni normative per la stipula dei contratti con le Pubbliche Amministrazioni, ex artt. 32 e 33 del D.Lgs. 50/2016 e ss.mm.ii., anche qualora dette verifiche e controlli eccedessero temporalmente rispetto ai termini di mora previsti nel presente articolo in relazione al pagamento della prima rata.

Art. 4 bis – Tracciabilità flussi finanziari

Al fine di assicurare la tracciabilità dei flussi finanziari, prevista dall'art. 3 della Legge n. 136 del 13.08.2010 "Piano straordinario contro le mafie, nonché delega al Governo in materia di normativa antimafia" e ss. mm. e ii., l'Impresa aggiudicataria deve utilizzare uno o più conti correnti bancari o postali, accessi presso Banche o presso la Società Poste Italiane S.p.A, dedicati anche non in via esclusiva, alle commesse pubbliche. Tutte le transazioni relative all'oggetto contrattuale, dovranno essere effettuate esclusivamente tramite lo strumento del bonifico bancario o postale, ovvero altri strumenti di pagamento idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni, riportando l'indicazione del codice identificativo di gara C.I.G.: .

Gli estremi identificativi dei conti correnti dedicati, dovranno essere comunicati al Servizio Assicurazioni – Direzione Avvocatura, Assicurazioni – Via 24 Maggio n.1 60123 – Ancona, entro sette giorni dalla loro accensione o, nel caso di conti correnti già esistenti, dalla loro prima utilizzazione. Nello stesso termine dovranno essere comunicati le generalità ed il codice fiscale delle persone delegate ad operare su di essi, e successivamente ogni eventuale modifica relativa ai dati trasmessi.

Art.5 Regolazione del premio

Poiché il premio di assicurazione è convenuto, in tutto o in parte, in base ad elementi di rischio variabili, esso viene anticipato - in via provvisoria - nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza, ed è regolato - in via definitiva - alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo, o della minor durata del contratto, secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio anticipato.

A tale scopo, entro 90 (novanta) giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione, o della minor durata del contratto, il Contraente deve comunicare per iscritto alla Società i dati consuntivi necessari.

L'eventuale importo a favore della Società dovrà essere pagato dal Contraente entro 60 (sessanta) giorni dalla data di ricezione del documento correttamente emesso.

Qualora i dati consuntivi di regolazione abbiano un valore negativo rispetto ai dati preventivi, la Società rimborserà al Contraente l'importo del premio corrispondente, al netto dell'imposta governativa in quanto già versata all'Erario.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti od il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società può fissargli un ulteriore termine, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per la rata futura viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo al periodo di assicurazione per il quale non ha avuto luogo la regolazione od il pagamento della differenza attiva e, fino alle ore 24.00 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai propri obblighi, eventuali sinistri saranno soggetti a liquidazione nella stessa misura proporzionale esistente tra il premio pagato e quello effettivamente dovuto, salvo il diritto della Società di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

Nel caso di contratto definitivamente scaduto, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio la Società, fermo il diritto di agire giudizialmente, anteporrà alla liquidazione degli eventuali sinistri, il pagamento del premio di regolazione arretrato.

Art.6 Modifiche dell'assicurazione e Forma delle comunicazioni

Le eventuali modifiche della Polizza devono essere autorizzate in forma scritta.

Tutte le comunicazioni tra le parti devono essere formulate, per essere valide, per iscritto con lettera raccomandata, e-mail o pec per assicurarne e certificarne la provenienza.

Art.7 Interpretazione del contratto

Resta inteso che in tutti i casi dubbi, l'interpretazione del contratto sarà quella più favorevole al l'assicurato.

Art.8 -Titolarietà dei diritti nascenti dalla polizza –

Le azioni, le ragioni ed i diritti nascenti dalla Polizza non possono essere esercitati che dal Contraente e dalla Società. La presente polizza è stipulata dal Contraente, ai sensi dell'art. 1891 del C.C., nell'interesse e a favore degli Assicurati.



Il Comune di Ancona pertanto assume la qualifica di Contraente, ovvero della persona giuridica che stipula l'Assicurazione ed adempie agli obblighi previsti dall'Assicurazione stessa, salvo quelli che, per loro natura, non possono che essere adempiuti dall'Assicurato stesso.

Art.9 Assicurazione per conto di chi spetta

L'assicurazione e' prestata in nome proprio e nell'interesse di chi spetta. In caso di sinistro però i terzi interessati non avranno ingerenza nella nomina dei periti, ne' azione per impugnare la perizia, rimanendo stabilito e convenuto che le azioni, ragioni e diritti sorgenti dalla assicurazione stessa non potranno essere esercitati che dalla Amministrazione.

Art.10 - Foro competente

Per le controversie relative al presente contratto è competente esclusivamente l'autorità giudiziaria del luogo della sede del contraente .

Art.11 - Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'Assicurazione sono a carico della Contraente.

Art.12 - Trattamento dei dati

Ai sensi del Regolamento generale n.679/2016 e normativa precedente e seguente, le Parti consentono il trattamento dei dati personali contenuti nella presente Polizza o che ne derivino, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali.

Art.13 - Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non è regolato, derogato, precisato, con il presente capitolo, si fa riferimento alle norme di Legge vigenti.

Art.14 - Coassicurazione e delega (nell'eventualità di coassicurazione)

Qualora l'assicurazione sia ripartita per quote tra le diverse società indicate nel riparto di coassicurazione, ai sensi dell'art. 1911 C.C., si conviene quanto segue.

1. In caso di sinistro la Società delegataria (in appresso Società), gestirà, definirà e provvederà alla liquidazione dell'indennizzo mediante quietanza unica per conto di tutte le Coassicuratrici, le quali si impegnano ad accettare la liquidazione definita dalla Società, rispondendo del pagamento in proporzione della quota da esse assicurata, esclusa ogni responsabilità solidale; la Società si impegna, altresì ed in ogni caso, ad emettere atto di liquidazione per l'intero importo dei sinistri ed a rilasciare all'avente diritto quietanza per l'ammontare complessivo dell'indennizzo.
2. Tutte le comunicazioni inerenti al contratto, ivi comprese quelle relative al recesso ed alla disdetta, devono trasmettersi dall'una all'altra parte unicamente per il tramite della Compagnia Coassicuratrice Delegataria e del Contraente.
3. Ogni comunicazione si intende data o ricevuta dalla Delegataria nel nome e per conto di tutte le Imprese Coassicuratrici.
4. I premi di polizza verranno corrisposti dal Contraente, unicamente alla Compagnia Delegataria per conto di tutte le Imprese Coassicuratrici.
5. Con la firma della presente polizza le Coassicuratrici danno mandato alla Società Delegataria a firmare i successivi documenti di modifica anche in loro nome e per loro conto a condizione che la Delegataria abbia preventivamente pattuito le modifiche stesse anche con le Coassicuratrici. Pertanto la firma apposta dalla Società Delegataria rende validi ad ogni effetto i successivi documenti anche per le coassicuratrici.

Art.15 ESONERO DENUNCIA INFERMITA, DIFETTI FISICI E MUTILAZIONI

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le infermità di cui i singoli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione della presente assicurazione o che dovessero in seguito sopravvenire, fermo restando il disposto inerente ai Criteri di Indennizzabilità.

Art. 16 - Rinuncia alla Rivalsa

La Società rinuncia - salvo il caso di dolo e salvo esplicita autorizzazione del Contraente o dell'Assicurato - al diritto di azione di surroga prevista dall'Art. 1916 del Codice Civile, a condizione che il Contraente o l'Assicurato non esercitino essi stessi tale azione di rivalsa nei confronti degli eventuali responsabili del danno, chiunque essi siano, salvo per la parte di danno rimasta scoperta di assicurazione per effetto della applicazione di franchigie, scoperti, limiti di indennizzo o altre condizioni di polizza.

SEZIONE 3 NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO

Art.1 – Denuncia del sinistro e relativi obblighi

In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato, a parziale deroga dell'Art. 1913 del C.C., deve darne avviso scritto alla Compagnia o all'Agenzia di riferimento, entro 30 giorni da quando ne ha avuto conoscenza l'Ufficio Assicurazioni dell'Amministrazione Contraente, la denuncia dell'infortunio dovrà contenere l'indicazione del luogo, del giorno e dell'ora dell'evento, nonché le cause che lo hanno determinato e dovrà essere corredata di certificato medico.

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

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

Art.2 – Criteri di indennizzabilità

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

Parimenti, nei casi di preesistente mutilazione o difetto fisico, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti.

Art.3 – Controversie

In caso di controversie di natura medica sulla indennizzabilità dell'infortunio nonché sulla misura dei rimborsi o sulla liquidabilità delle indennità, le Parti si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere se ed in quale misura siano dovuti i rimborsi e le indennità a norma e nei limiti delle condizioni 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 medico.

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

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

Le decisioni del collegio medico 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.

Art.4 – Liquidazione dell'indennità

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

L'indennità viene corrisposta in Italia in Euro.

Art.5 - Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio (Opzione base)

La Società si impegna ed obbliga a fornire al Contraente, alle scadenze del 30 giugno e 31 dicembre di ogni anno dettaglio dei sinistri così impostato:

- sinistri Aperti;
- sinistri Riservati, con indicazione dell'importo posto a riserva che dovrà essere mantenuto, sia sui supporti magnetici che sulla documentazione cartacea, anche ad avvenuta liquidazione o ad annullamento "senza seguito" del sinistro stesso;
- sinistri Liquidati, con indicazione dell'importo liquidato;
- sinistri Respinti, con precisazione scritta delle motivazioni.

Tutti i sinistri dovranno essere corredati di data di apertura della pratica presso la Società, di data di accadimento del sinistro denunciato dal Terzo reclamante, indicazione del nominativo del Terzo reclamante, data della chiusura della pratica per liquidazione o altro motivo.

Il dettaglio di cui sopra dovrà essere fornito in modo continuo ed aggiornato, dalla data di accensione della copertura fino a quando non vi sia l'esaurimento di tutte indistintamente le pratiche.

La documentazione di cui sopra dovrà essere fornita al Contraente in formato digitale compatibile ed utilizzabile dal Contraente stesso.

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



Art.5 - Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio (Opzione modificata punti 5)

La Società si impegna ed obbliga a fornire al Contraente, alle scadenze del 30 giugno e 31 dicembre di ogni anno, il dettaglio dei sinistri così impostato:

sinistri Aperti;

- sinistri Riservati, con indicazione dell'importo posto a riserva che dovrà essere mantenuto, sia sui supporti magnetici che sulla documentazione cartacea, anche ad avvenuta liquidazione o ad annullamento "senza seguito" del sinistro stesso;
- sinistri Liquidati, con indicazione dell'importo liquidato;
- sinistri Respinti, con precisazione scritta delle motivazioni.

Tutti i sinistri dovranno essere corredati di data di apertura della pratica presso la Società, di data di accadimento del sinistro denunciato dal Terzo reclamante, indicazione del nominativo del Terzo reclamante, data della chiusura della pratica per liquidazione o altro motivo.

Il dettaglio di cui sopra dovrà essere fornito in modo continuo ed aggiornato, dalla data di accensione della copertura fino a quando non vi sia l'esaurimento di tutte indistintamente le pratiche.

La documentazione di cui sopra dovrà essere fornita al Contraente in formato digitale compatibile ed utilizzabile dal Contraente stesso.

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

In caso di inadempienza da parte della Società, il Contraente provvederà a formalizzare contestazione scritta a mezzo di raccomandata o Posta certificata con ricevuta di ritorno assegnando alla Società non oltre 10 giorni naturali e consecutivi per adempiere ovvero per produrre controdeduzioni. Laddove la Società persista nell'inadempimento e ove le controdeduzioni non fossero pervenute entro il termine prescritto o non fossero ritenute idonee, verrà applicata una penale nella misura massima di € 25,00 a valere sull'ammontare della cauzione definitiva per ogni giorno di ritardo nell'inadempimento rispetto ai termini indicati dal Contraente e per l'esecuzione delle prestazioni contrattuali.

Art.6- Recesso a seguito di sinistro (OPZIONE BASE)

Dopo ogni sinistro e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o dal rifiuto dell'indennizzo, la Società ed il Contraente hanno facoltà di recedere dal contratto con preavviso **di 120** giorni da comunicarsi con Posta certificata e/o con lettera raccomandata.

In ambedue i casi di recesso la Società rimborserà al Contraente i ratei di premio pagati e non goduti, escluse le imposte.

Art.6- Recesso a seguito di sinistro (Opzione modificata 5 punti)

Purché sia decorsa almeno una annualità assicurativa, dopo ogni sinistro e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o dal rifiuto dell'indennizzo, la Società ed il Contraente hanno facoltà di recedere dal contratto con preavviso di 180 giorni da comunicarsi con Posta certificata e/o con lettera raccomandata.. Il computo **dei 180** giorni decorre dalla data di ricevimento della suddetta raccomandata e/o PEC da parte del Contraente. In ambedue i casi di recesso, la Società rimborserà al Contraente i ratei di premio pagati e non goduti, escluse le imposte, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso.

La Società congiuntamente alla volontà espressa di recedere dal contratto dovrà fornire, nella comunicazione stessa di recesso, al Contraente tutti i dati di cui ART. "Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio" necessari per la redazione del bando di gara per l'affidamento del nuovo contratto assicurativo. Si precisa che il recesso non produce effetto in caso di mancata produzione dei dati richiamati.



SEZIONE 4 NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Art.1 – Oggetto dell'Assicurazione

La garanzia è prestata per gli infortuni, subiti dagli Assicurati, con i capitali di seguito precisati per ciascuna Categoria di appartenenza, dai quali derivi la morte, l'invalidità permanente o, limitatamente alle Categorie interessate, l'inabilità temporanea, la diaria di ricovero, il rimborso di spese mediche da infortunio, o una delle garanzie previste.

Art.2 – Identificazione degli Assicurati

La presente polizza viene stipulata per tutte le categorie, riportate **nell'apposita sezione** della presente polizza, per le quali il Contraente ha l'obbligo od interesse ad attivare la copertura assicurativa e vale per gli infortuni subiti dagli Assicurati in occasione della partecipazione all'attività della Contraente o nello svolgimento delle mansioni dichiarate dal Contraente stesso.

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per la loro identificazione si farà riferimento ai registri tenuti dal Contraente.

La presente polizza si intende operante per infortuni occorsi nel mondo intero. Gli eventuali indennizzi verranno corrisposti solo in Italia in Euro (€).

Art.3 – Rischi Coperti

Premesso che è compreso in garanzia, sempreché non esplicitamente escluso, ogni evento che rientri nella definizione di "infortunio", sono altresì considerati "infortuni":

- ⇒ le conseguenze dei colpi di sole, di calore o di freddo ed altre conseguenze termiche;
- ⇒ le conseguenze delle folgorazioni nonché la caduta del fulmine;
- ⇒ le conseguenze dell'assideramento o congelamento;
- ⇒ il contatto con acidi o corrosivi;
- ⇒ le conseguenze di ingestione di sostanze dovute a causa fortuita, restando comunque escluse le conseguenze di intossicazioni dovute ad abuso di alcolici o di psicofarmaci o ad uso di sostanze stupefacenti o di allucinogeni;
- ⇒ l'asfissia anche non di origine morbosa;
- ⇒ l'annegamento;
- ⇒ le lesioni corporali sofferte per legittima difesa, per dovere di solidarietà umana o in occasione di aggressioni o di atti violenti subiti, anche se dovuti a movente politico, sociale, sindacale o terrorismo, nonché quelle sofferte in occasione di tumulti popolari ai quali l'Assicurato non abbia preso parte attiva;
- ⇒ le conseguenze delle infezioni, nonché degli avvelenamenti causate anche da morsi o punture in genere;
- ⇒ le infezioni e/o avvelenamenti causati da punture e/o contatto con piante e/o insetti;
- ⇒ la rottura sottocutanea del tendine di Achille;
- ⇒ le lesioni sofferte in conseguenza di comportamenti colposi degli assicurati e del Contraente ai sensi dell'art.1900 C.C., fatto salvo il caso di dolo del Contraente, nonché in stato di malore od incoscienza o conseguenti a colpi di sonno;
- ⇒ le conseguenze di operazioni chirurgiche o di trattamenti resi necessari da infortuni indennizzabili a termini della presente Polizza;
- ⇒ le ernie da sforzo e strappi muscolari derivanti da sforzo;
- ⇒ le lesioni causate da sforzi esclusi gli infarti;
- ⇒ la "morte presunta"

L'assicurazione vale altresì:

- ⇒ per gli infortuni subiti durante i viaggi aerei (rischio volo)
- ⇒ per gli infortuni derivanti da movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni e/o alluvioni, frane e valanghe
- ⇒ durante il servizio militare di leva in tempo di pace o durante il servizio sostitutivo dello stesso (servizio civile), con l'intesa che l'assicurazione resta sospesa limitatamente alla garanzia di inabilità temporanea e altresì a seguito di richiamo per ordinarie esercitazioni, in tempo di pace, limitatamente ai casi di morte od invalidità permanente;
- ⇒ per gli infortuni derivanti dalla pratica non professionale di qualsiasi sport, ad eccezione di paracadutismo e sport aerei in genere;
- ⇒ per infortuni derivanti da immersioni con autorespiratore, compresa embolia, purché in possesso di regolare brevetto;



- ⇒ per infortuni derivanti dalla partecipazione in squadre antincendio;
- ⇒ per infortuni derivanti dalla partecipazione ad Associazioni di volontariato e Protezione Civile;
- ⇒ per gli infortuni subiti dall'Assicurato in stato di ubriachezza, esclusi comunque quelli verificatisi durante la guida di veicoli a motore;
- ⇒ per gli infortuni derivanti dall'uso e guida di qualsiasi veicolo a motore, natante, subacqueo;
- ⇒ per gli infortuni derivanti da stato di guerra internazionale o civile (dichiarata o non dichiarata) e di insurrezione per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dal verificarsi degli eventi bellici, mentre si trova all'estero;
- ⇒ per gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza;
- ⇒ per gli infortuni derivanti da tumulti popolari o da atti di terrorismo, vandalismo, attentati a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;

Art.4 – Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni occorsi:

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

Art.5 – Persone escluse dall'assicurazione o non assicurabili

Non sono coperte dalla presente polizza, fatto salvo patto speciale:

1. le persone di età superiore a settantacinque anni. Tuttavia per persone che raggiungano tale età nel corso del contratto di assicurazione, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa al compimento di detto termine, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti, dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso verranno restituiti a richiesta del Contraente;

Art.6 – Ernie da sforzo

La garanzia è estesa alle ernie ed alle lesioni muscolari in genere conseguenti a sforzo.

Per le ernie non operabili, l'indennizzo viene computato in base alla tabella INAIL vigente, fermo restando un limite massimo di risarcimento pari al 5% della somma assicurata per la Invalidità Permanente.

Art.7 – Rischio aeronautico

L'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei che venissero dallo stesso effettuati in qualità di passeggero, su velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linee aeree regolari e non regolari, di trasporto a domanda (Aerotaxi), di Autorità civili e militari in occasione di traffico civile, di ditte e privati per attività turistica e di trasferimento, nonché di velivoli ed elicotteri di società di lavoro aereo esclusivamente durante il trasporto pubblico di passeggeri.

Restano in ogni caso esclusi i voli effettuati su velivoli ed elicotteri eserciti da Aeroclubs nonché gli infortuni derivanti da guerra, dichiarata o non dichiarata, o da insurrezioni (salvo quanto previsto dalla " Condizione Specifica").

Comunque, la somma delle garanzie di cui alla presente Polizza non potrà superare i capitali per persona, stabiliti nell'apposita sezione del presente capitolato.

Art. 8 - RISCHIO "IN ITINERE" – REPERIBILITA

La garanzia opera durante tutti i trasferimenti, con qualsiasi mezzo di locomozione ed anche a piedi, da e per l'abitazione anche occasionale dell'Assicurato od il suo normale luogo di lavoro a qualsiasi luogo ove si rechi a svolgere la propria mansione per conto del Comune di Ancona.



Tale garanzia è operante anche durante le operazioni di salita e discesa dai mezzi di trasporto.

La garanzia opera inoltre, nei termini di cui sopra, da e per qualsiasi luogo in cui l'Assicurato si trovi in stato di "Reperibilità".

Art.9 – Morte

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

Tale indennizzo viene liquidato ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per l'invalidità permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, i beneficiari, o in difetto di designazione, gli eredi, dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso ed hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per morte - se superiore - e quello già pagato per invalidità permanente.

Art.10– Morte Presunta

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato, e si presume sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà, seguendo il criterio di cui all'Articolo precedente, il capitale previsto per il caso di morte.

La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi 6 (sei) mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termini degli Art. 60) e 62) Codice Civile.

Qualora sia stato effettuato il pagamento dell'indennità ed in seguito l'Assicurato ritorni o si abbiano di lui notizie sicure, la Compagnia ha diritto alla restituzione delle somme pagate e relative spese, e l'Assicurato medesimo potrà fare valere i diritti spettantigli, nel caso avesse subito lesioni indennizzabili a norma della presente polizza.

Art.11– Invalidità Permanente – Tabella INAIL

La tabella per la valutazione delle percentuali di Invalidità Permanente liquidabile a termini contrattuali si intende quella allegata al D.L. 23 febbraio 2000 n. 38 e successive modifiche, con rinuncia da parte della Società alla franchigia ivi prevista e con indennizzo del relativo capitale anziché sotto forma di rendita.

La valutazione del grado di invalidità permanente sarà calcolata sulla base delle percentuali della richiamata tabella riferite alla sola parte destra, abolendo, così, la distinzione tra parte destra e sinistra.

Qualora a seguito di un infortunio indennizzabile a termini di polizza, l'invalidità permanente accertata a termini di polizza sia superiore al 50% della totale, la Compagnia liquiderà un importo pari al 100% del capitale assicurato per Invalidità Permanente

Art12– Diaria da ricovero (ove prevista)

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

L'indennità cessa con il giorno della avvenuta guarigione risultante dal certificato medico; se però l'Assicurato non trasmette tale certificato, viene considerata data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato medico regolarmente inviato.

L' eventuale indennità viene corrisposta per il periodo massimo riportato su ogni categoria assicurata.

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

Art.13 – Rimborso spese mediche

In caso d'infortunio, come descritto nelle definizioni, la Società rimborsa le spese mediche sostenute dall'Assicurato.

Sono comprese nelle spese mediche, ma non in termine limitativo, anche:

- a) le analisi ed accertamenti diagnostici, radiologici e di alta specializzazione, strumentali e di laboratorio,
- b) le visite mediche specialistiche ed acquisto medicinali;
- c) le terapie fisiche e fisioterapiche anche specialistiche;
- d) l'acquisto di medicinali e di presidi ortopedici;
- e) acquisto di apparecchi protesici ortopedici sostitutivi di parti anatomiche e protesi oculari
- f) gli interventi chirurgici anche ambulatoriali;
- g) le spese tutte conseguenti a ricovero, con o senza intervento chirurgico, in Ospedali o Istituti di cura (rette di degenza, onorari di tutti i medici, il materiale operatorio, nonché i diritti di sala operatoria) anche in regime di Day-Hospital;



- h) l'applicazione di apparecchi gessati, bendaggi, docce di immobilizzazione, artroscopia diagnostica ed operativa;
- i) le cure termali effettuate nei 90 giorni successivi all'infortunio;
- j) le spese sostenute per interventi di chirurgia plastica volti ad eliminare o ridurre danni estetici conseguenti all'infortunio;
- k) le spese per il trasporto dell'Assicurato, avvenuto con qualsiasi mezzo, dal luogo dell'infortunio all'Istituto di cura o Posto di Pronto Soccorso.

È altresì previsto il rimborso anche del "ticket" eventualmente richiesti per le prestazioni fornite dal Servizio Sanitario Nazionale.

ed inoltre, limitatamente alle persone assicurate alla sez.5 artt. 1.4/1.5/1.6:

- cure odontoiatriche e odontotecniche, e per protesi dentarie, a seguito di sinistro indennizzabile a termini di polizza, e rese necessarie non oltre un anno dalla data dell'accadimento;
- acquisto di lenti, comprese quelle a contatto, reso necessario da un danno oculare o comunque da un infortunio indennizzabile a termini di polizza, e reso necessario non oltre un anno dalla data dell'accadimento;

La Società effettua il pagamento di quanto dovuto su presentazione, in originale, delle relative notule, distinte e ricevute, debitamente quietanzate.

Il pagamento viene effettuato a cura ultimata. Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi verranno eseguiti in Italia, in valuta italiana al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi.

Art.14 – Danni estetici

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

Art.15 – Rientro sanitario

La garanzia è estesa al rimborso, fino al limite di €3.000,00.= delle spese sostenute dall'Assicurato in caso di infortunio che lo colpiscano nel corso di una missione o viaggio disposto dal Contraente e che rendano necessario il suo trasporto con qualsiasi mezzo ritenuto idoneo in ospedale attrezzato in Italia.

Art.16 – Rimpatrio 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 disposto dal Contraente, fino al luogo di sepoltura e ciò fino alla concorrenza di €3.000,00.=.



SEZIONE 5 – CATEGORIE E SOMME ASSICURATE FRANCHIGIE, SCOPERTI E CALCOLO DEL PREMIO

Art.1.1 Amministratori

L'Assicurazione copre per le garanzie ed i massimali sotto riportati il Sindaco, gli Assessori, i Consiglieri Comunali e - limitatamente alle attività espletate in connessione con il mandato - ivi compresi i rischi della circolazione su qualsiasi mezzo incluso aeromobili, nonché il rischio in itinere.

Garanzia	Massimale
Caso Morte	€. 200.000,00
Caso Invalidità Permanente	€. 250.000,00
Spese mediche e farmaceutiche da infortunio	€. 1.500,00

Numero assicurati	n° 40
-------------------	-------

Art.1.2. -Personale dipendente e non dipendente in adempimento di servizio autorizzato all'utilizzo di mezzi di trasporto

La garanzia è prestata per gli infortuni che il personale dipendente e non dipendente del Contraente, il Direttore Generale, il Segretario Comunale e/o comunque autorizzati, subiscono durante l'utilizzo di veicoli (motocicli, ciclomotori e cicli compresi) per ragioni di servizio e/o di lavoro in qualità di conducenti.

La garanzia è operante sia che gli Assicurati predetti siano alla guida di veicoli di proprietà del Contraente, sia degli Assicurati stessi (di proprietà dei dipendenti o di loro familiari), che di veicoli autorizzati.

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

Per l'identificazione degli Assicurati si farà riferimento alla documentazione tenuta dal Contraente ai sensi di Legge.

Garanzia	Massimale
Caso Morte	€. 200.000,00
Caso Invalidità Permanente	€. 250.000,00
Spese mediche e farmaceutiche da infortunio	€. 1.500,00

Mercedi erogate	€. 23.000.000
-----------------	---------------

Art.1.3 Volontari "Gruppo protezione civile comunale"

L'assicurazione è prestata contro gli infortuni subiti dagli Assicurati durante l'attività di volontariato prestato in occasione di circostanze particolari ove è richiesto intervento della "Protezione Civile" compresa la guida di veicoli di proprietà dell'Ente, di proprietà di terzi ed in uso esclusivo all'Ente o in locazione o comodato all'Ente.

Si evidenzia inoltre che ogni singolo volontario sarà operativo per un massimo di 70 gg. all'anno

Per l'identificazione degli Assicurati si farà riferimento alla documentazione tenuta dal Contraente ai sensi di Legge.

Garanzia	Massimale
Caso Morte	€. 180.000,00
Caso Invalidità Permanente	€. 200.000,00
Spese mediche e farmaceutiche da infortunio	€. 2.500,00

N. Volontari	N.50
--------------	------

Art.1.4 Minori in affido e/o assistiti da famiglie di sostegno – Minori affidati temporaneamente a Comunità

Sono assicurati 24 ore su 24 i minori che l'Amministrazione Comunale affida a famiglia in base al disposto della Legge 04.03.1983 n.184 – i minori che l'Amministrazione affida temporaneamente a Comunità – i minori assistiti da famiglie di sostegno

Garanzia (OPZIONE BASE)	Massimale
Caso Morte	€. 150.000,00
Caso Invalidità Permanente	€. 200.000,00
Spese mediche e farmaceutiche da infortunio (comprese spese dentarie, lenti ed occhiali)	€. 3.000,00

Garanzia (OPZIONE MIGLIORATIVA 10 PUNTI)	Massimale
Caso Morte	€. 200.000,00
Caso Invalidità Permanente	€. 250.000,00
Spese mediche e farmaceutiche da infortunio (comprese spese dentarie, lenti ed occhiali)	€. 3.500,00

Numero assicurati	n° 80
--------------------------	--------------

Art.1.5 Bambini frequentanti asili nido

L'assicurazione copre ogni infortunio che possa occorrere ai bambini frequentanti l'asilo nido presenti nell'ambito del territorio comunale, nello svolgimento delle attività scolastiche, sia nelle sedi che durante tutte le attività promosse dalle scuole stesse all'esterno degli edifici scolastici (ivi comprese gite, visite guidate, attività fisico-motorie, ecc.). L'Assicurazione è prestata altresì per gli infortuni occorsi ai sopraccitati assicurati durante il tragitto casa-scuola e viceversa sia che avvenga a piedi o qualunque altro mezzo, in quanto necessario per raggiungere l'asilo nido o la scuola, compresi gli infortuni avvenuti nell'atto di salire o di scendere dai mezzi suddetti – si intendono inclusi gli educatori.

Garanzia (OPZIONE BASE)	Massimale
Caso Morte	€. 150.000,00
Caso Invalidità Permanente	€. 200.000,00
Spese mediche e farmaceutiche da infortunio (comprese spese dentarie, lenti ed occhiali)	€. 3.000,00

Garanzia (OPZIONE MIGLIORATIVA 10 PUNTI)	Massimale
Caso Morte	€. 200.000,00
Caso Invalidità Permanente	€. 250.000,00
Spese mediche e farmaceutiche da infortunio (comprese spese dentarie, lenti ed occhiali)	€. 3.500,00

Numero di assicurati	n° 600
-----------------------------	---------------

Art.1.6 Alunni iscritti al servizio di doposcuola – Centri Ricreativi (spazio gioco/tempo per le famiglie)

L'assicurazione copre gli infortuni che possano occorrere ai minori durante la loro partecipazione alle attività del servizio doposcuola e dei centri ricreativi (spazio gioco/tempo per le famiglie) organizzati dal Contraente anche se affidati in gestione a terzi. Sono compresi inoltre ogni genere di uscita guidata, visite guidate o gite, a piedi o con mezzi comunali o di terzi.

Garanzia (OPZIONE BASE)	Massimale
Caso Morte	€. 150.000,00
Caso Invalidità Permanente	€. 200.000,00
Spese mediche e farmaceutiche da infortunio (comprese spese dentarie, lenti ed occhiali)	€. 3.000,00

Garanzia (OPZIONE MIGLIORATIVA 10 PUNTI)	Massimale
Caso Morte	€. 200.000,00
Caso Invalidità Permanente	€. 250.000,00
Spese mediche e farmaceutiche da infortunio (comprese spese dentarie, lenti ed occhiali)	€. 3.500,00

Numero assicurati	n° 130
--------------------------	---------------



Art.1.7 Volontari

La garanzia è riferita ai volontari in genere (esclusi quelli iscritti a specifiche Associazioni) che prestano la loro attività per l'Amministrazione Comunale, prevista da regolamenti, accordi, convenzioni, contratti d'opera od altri atti specifici del Contraente.

La copertura si intende operante anche per i Volontari civili, partecipanti a progetti predisposti dal Comune di Ancona, durante lo svolgimento delle attività didattiche, culturali e complementari; la garanzia deve intendersi operante nei locali destinati ad ospitare l'attività assicurata, sia nelle varie sedi del Comune di Bologna, che presso terzi, anche al di fuori del Comune stesso.

La copertura si intende operante anche per i praticanti del Settore Legale.

La copertura è operante per tutto il periodo della giornata durante il quale l'assicurato presta la propria attività e/o servizio.

Garanzia	Massimale
Caso Morte	€ 180.000,00
Caso Invalidità Permanente	€ 200.000,00
Spese mediche e farmaceutiche da infortunio	€ 2.500,00
assicurati	N.60

Art.1.8 Utenti del centro diurno – Distretti Comunali

L'assicurazione copre gli infortuni che possano occorrere agli utenti del centro diurno, agli indigenti seguiti dai Distretti Comunali, persone disabili, nonché agli accompagnatori autorizzati dal Contraente, durante le attività del centro organizzate dal Contraente anche se affidate in gestione a terzi. A titolo esemplificativo tali attività comprendono assistenza, attività manuali e ricreative, piccole mansioni manutentive di giardinaggio, uscite, visite guidate o gite, a piedi o con mezzi comunali o di terzi. Per gli utenti del Centro Diurno non vale il limite d'età. Si conviene che per le persone di età superiore agli ottanta anni alla liquidazione dell'indennità per invalidità permanente verrà applicata una franchigia fissa pari al 10%.

Garanzia	Massimale
Caso Morte	€ 150.000,00
Caso Invalidità Permanente	€ 200.000,00
Spese mediche e farmaceutiche da infortunio	€ 2.500,00

Numero assicurati	n° 150
--------------------------	---------------

Art.1.9 Dipendenti Tecnici

L'assicurazione copre gli infortuni che possano occorrere ai Dipendenti Tecnici durante l'espletamento delle loro mansioni sia nelle sedi che fuori sede – ivi comprese le visite ai cantieri di lavoro.

Garanzia	Massimale
Caso Morte	€ 100.000,00=
Caso Invalidità Permanente	€ 150.000,00=
Spese mediche e farmaceutiche da infortunio	€ 1.500,00

Numero di assicurati	n° 60
-----------------------------	--------------



SEZIONE 6 - FRANCHIGIE, SCOPERTI E CALCOLO DEL PREMIO

Art.1. Franchigie e scoperti

Per gli assicurati di cui agli artt. 1.1 –1.2 - 1.3 – 1.7 - 1.9 in caso di sinistro indennizzabile a termini di Polizza per invalidità permanente, verrà corrisposto l'indennizzo previsto dal presente contratto previo detrazione di una franchigia del 3% dal grado di invalidità accertato.

Per invalidità maggiori del 25% non si terrà invece conto di tale franchigia.

Per tutti tutte le altre categorie, l'indennizzo per invalidità permanente verrà liquidato senza l'applicazione della franchigia.

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

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

Il Contraente versa, a titolo di deposito premio convenuto, l'importo riportato nella seguente tabella "scomposizione del premio" rappresentante il totale degli importi per singola categoria calcolati sulla base dei tassi e premi sottoriportati.

Al termine di ogni annualità la Società calcola il premio dovuto sulla base delle variazioni comunicate dalla Contraente in sede di regolazione, il cui pagamento verrà effettuato ai sensi dell'art.5 Sezione 2 della presente polizza.

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

Categoria	Tipo dato variabile	Montante dato variabile	Premio lordo pro-capite o tasso lordo applicato	Totale
Art.1.1 Amministratori	Numero assicurati	n° 40		€.....=
Art.1.2 Personale dipendente e non dipendente in adempimento di servizio autorizzato all'utilizzo di mezzi di trasporto	Mercedi Erogate	€. 23.500.000,00		€.....=
Art.1.3 Volontari "Gruppo protezione civile comunale"	Numero assicurati	n°50		
Art.1.4 Minori in affidamento temporaneamente – minori assistiti da famiglie di sostegno.	Numero assicurati	n° 80		€.....=
Art.1.5 Bambini asilo nido	Numero assicurati	n° 600		€.....=
Art.1.6 Alunni iscritti al doposcuola e ad altri servizi pomeridiani	Numero assicurati	n° 130		€.....=
Art.1.7 Volontari in genere	Numero assicurati	n° 50		€.....=
Art.1.8 Utenti centro diurno – Distretti Comunali	Numero assicurati	n° 150		€.....=
Art.1.9 Dipendenti Tecnici	Numero assicurati	n° 70		€.....=
TOTALE				€.....=



Art.3 – Disposizione finale

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

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

IL CONTRAENTE

LA SOCIETÀ