



COMUNE DI
FERNO
PROVINCIA DI VARESE

Lotto 9

**POLIZZA INFORTUNI
VOLONTARI**

POLIZZA INFORTUNIPER PRESTATORI DI ATTIVITA' VARIE NON ALLE DIPENDENZE DELL'ENTE

Le norme dattiloscritte qui di seguito annullano e sostituiscono integralmente tutte le condizioni riportate a stampa sui moduli della Compagnia di Assicurazione eventualmente allegati alla polizza , che quindi si devono intendere abrogate e prive di effetto. La firma apposta dal Contraente su moduli a stampa vale pertanto solo quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio tra le Società partecipanti all'eventuale Coassicurazione.

DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intendono:

- per **Assicurazione**: il contratto di assicurazione;
- per **Polizza**: il documento che prova l'assicurazione;
- per **Contraente**: L'Ente che stipula la polizza;
- per **Assicurato**: il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione;
- per **Beneficiario**: il soggetto cui, in caso di morte dell'Assicurato, deve essere pagata la somma garantita;
- per **Società**: l'impresa di assicurazione;
- per **Premio**: la somma dovuta alla Società;
- per **Rischio**: la probabilità che si verifichi il sinistro;
- per **Sinistro**: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa;
- per **Indennizzo**: la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
- per **Invalidità Permanente**: perdita anatomica o funzionale dell'uso di un organo o di un arto del corpo umano graduabile in base ad una tabella di riduzione di capacità fisica
- per **Inabilità Temporanea**: incapacità fisica, totale o parziale, ad attendere la propria occupazione per una durata limitata nel tempo. La garanzia prevede una franchigia espressa in giorni (diaria)
- per **Morte**: evento letale che sussistendo le condizioni contrattuali impone la liquidazione agli aventi diritto del capitale assicurato

DESCRIZIONE E OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La garanzia deve essere prestata per gli infortuni subiti dalle persone incaricate a svolgere le seguenti attività:

- a) **militari**: la garanzia vale per gli infortuni che possono accadere a militari assegnati all'Ente e impiegati relativamente alla propria qualifica presso gli uffici operativi dell'Ente stesso;
- b) **addetti del Servizio Nazionale Civile**: la garanzia vale per gli infortuni che possono accadere agli addetti del Servizio Nazionale Civile assegnati all'Ente; la garanzia sarà operante anche quando gli obiettori si trovano come conducenti alla guida di veicoli di proprietà dell'Ente, di loro proprietà e/o di terzi nell'espletamento del Servizio;
- c) **volontari**: la garanzia vale per gli infortuni che possono occorrere ai cittadini che prestano lavoro volontario a titolo gratuito per la realizzazione di specifiche opere o servizi o per interventi manutentori su beni di uso collettivo, compreso il rischio in itinere;
- d) **volontari protezione civile / Unità di intervento**: l'assicurazione copre l'infortunio professionale ed in itinere in servizio di protezione civile, comprese le squadre antincendio, organizzato dall'Ente, compresa ogni attività svolta a presidio del territorio; la garanzia opera dal momento in cui i soggetti sono chiamati in servizio dall'Ente o da qualsiasi altra Autorità per l'espletamento del servizio di protezione civile e relative esercitazioni fino al termine delle stesse, comprese i corsi di addestramento.

Il contraente si impegna, in casi eccezionali che richiedono un intervento straordinario a comunicare l'intero numero di volontari iscritti in apposito registro secondo quanto previsto dalla legge, comunicandone immediatamente il numero e i giorni di operatività;

- e) **volontari socio sanitari**: l'assicurazione vale a favore degli iscritti all'Associazione Volontari Ospedalieri od altre Associazioni similari che prestano la loro opera presso case di riposo od istituti analoghi, contro gli infortuni riportati in servizio e per causa di servizio;
- f) **buoni vicini, nonni vigili**: la garanzia vale per gli infortuni che possono occorrere ai soggetti (pensionati di età non superiore ad 80 anni) di cui l'Ente si avvale per compiti di accompagnamento, sorveglianza, controllo, sostegno amicale ad anziani ed handicappati, ed a persone trovantesi a qualunque titolo in situazioni di disagio, compresi gli accompagnatori di minori ai centri di riabilitazione e gli addetti alla vigilanza scolastica ed attraversamento stradale degli alunni, residenti nel territorio dell'Ente;
- g) **affidatari anziani**: la garanzia vale per gli infortuni che possono occorrere alle persone a cui vengono affidati gli anziani o i minori in relazione a progetti di assistenza anziani, limitatamente all'attività di assistenza nei confronti dell'anziano affidato; gli affidatari sono persone ritenute dal servizio competente idonee all'assistenza, alla sorveglianza, controllo e sostegno dell'affidato;
- h) **partecipanti a concorsi**: la garanzia vale per gli infortuni che possono occorrere ai partecipanti alle selezioni pubbliche, nonché ai membri delle commissioni esaminatrici;
- i) **partecipanti come attori o figuranti a manifestazioni di carattere storico** (cortei storici, presepi viventi, rievocazioni storiche ed altro ancora) organizzati e/o gestiti direttamente dall'Ente, compreso il rischio in itinere;
- j) **guardie ecologiche, ittiche, venatorie, micologiche incaricate del servizio volontario di vigilanza ecologica**
durante l'espletamento delle loro funzioni, compreso il rischio in itinere.
- k) **detenuti**: la garanzia vale per gli infortuni che possono accadere ai detenuti assegnati all'Ente tramite convenzione ed impiegati presso gli uffici operativi dell'Ente stesso.

l) addetti di supporto al servizio di refezione scolastica - scodellamento

m) **soggetti ammessi a progetti di “baratto sociale”**: la garanzia vale per gli infortuni che possono occorrere ai cittadini ammessi a progetti di “baratto sociale”;

È considerato infortunio l’evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la Morte, l’Invalidità Permanente ed una indennità di degenza da infortunio o malattia.

È considerata malattia ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio; è considerato ricovero la degenza che comporti pernottamento in Istituto di cura.

n) **Lavoratori Pubblica Utilità**: come decreto del tribunale

Indennità di degenza –

La Società si impegna sino a concorrenza della somma assicurata per ciascun aderente a garantire ai Volontari l’indennità di degenza da infortunio o malattia. In caso di ricovero dell’Assicurato in un Istituto di cura abbia o meno luogo un intervento chirurgico per infortunio subito nello svolgimento dell’attività di volontariato o da malattia contratta per contagio nello svolgimento dell’attività di volontariato stessa, la Società corrisponderà l’indennità di degenza prevista per ciascun giorno di degenza e per la durata massima dei giorni previsti in polizza, sempreché la degenza stessa abbia una durata superiore ai cinque giorni, compresi quelli di entrata e di uscita .

La garanzia decorre per gli infortuni dal momento in cui ha effetto l’assicurazione, per le malattie dal 30° giorno successivo alla data di effetto dell’assicurazione; per le conseguenze di stati patologici diagnosticati sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente alla stipulazione dell’assicurazione, la garanzia decorre dal 180 ° giorno.

La garanzia vale esclusivamente per gli infortuni e le malattie subiti e contratte in servizio o per causa di servizio e solo dopo la decorrenza della garanzia per ciascun Volontario; spetta all’assicurato l’onere di provare di aver subito l’infortunio o di aver contratto la malattia durante o per causa di servizio di volontariato.

In caso di ricovero dell’assicurato in Istituto di cura reso necessario da infortunio o da malattia risarcibile ai sensi della presente polizza, la Società corrisponderà all’assicurato stesso per ciascun giorno di degenza l’indennità pattuita per un massimo di 90 giorni per ciascun anno assicurativo.

Agli effetti del computo dell’indennità dovuta si terrà conto del numero dei pernottamenti.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1- Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio.

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze 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 (artt. 1892, 1893, 1894 C.C.)

Art. 2 - Altre assicurazioni.

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare alla Società eventuali altre polizze da lui stipulate, comprese per i beni assicurati anche eventuali polizze stipulate da terzi.

Art. 3 - Pagamento del premio.

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno successivo al pagamento.

Se l'Assicurato non paga il premio o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, intendendosi con ciò quanto sopra descritto, ferme le successive scadenze.

Tutto quanto sopra è valido anche per il pagamento della prima rata di premio, con un periodo di mora di 30 giorni.

La società si assume tutti gli obblighi di tracciabilità, secondo quanto stabilito dalla Legge.

Art. 3 bis - Tracciabilità dei pagamenti.

In ottemperanza all'articolo 3 della L. 136/2010 e ss.mm.ii, la stazione appaltante, la Società e l'intermediario, assumono gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari per la gestione del presente contratto.

In tutti i casi in cui le transazioni finanziarie sono eseguite senza avvalersi di banche o della Società Poste italiane Spa, il presente contratto s'intende risolto di diritto.

Se la Società, o l'intermediario hanno notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria, procedono all'immediata risoluzione del rapporto contrattuale. Questa circostanza deve essere comunicata alla stazione appaltante e alla prefettura-ufficio territoriale del Governo della Provincia di in cui ha sede il Contraente della presente polizza

Art. 4 - Forma delle comunicazioni del Contraente.

Tutte le comunicazioni, esclusa quella prevista all'art. 9, devono essere fatte a mezzo raccomandata, raccomandata a mano, telex, telegramma o telefax o altro mezzo tecnologico idoneo, atto a comprovare la data ed il contenuto all'Agenzia alla quale è assegnato il contratto o alla Direzione della Società.

Art. 4 bis- Validità esclusiva delle norme dattiloscritte.

Si intendono operanti solo le norme dattiloscritte.

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

Art. 5 - Variazione del rischio.

1. Per variazione del rischio si intende qualsiasi modifica che determini una diversa probabilità di verificarsi di un sinistro ovvero una variazione delle sue conseguenze, non previste o non prevedibili, al momento della stipula del contratto.

2. Qualsiasi elemento intervenuto successivamente all'aggiudicazione del contratto, che comporti una variazione del rischio deve essere comunicato immediatamente, ovvero entro quindici giorni dall'intervenuta conoscenza, per iscritto all'Assicuratore. 3. L'Amministrazione contraente non è tenuta a comunicare per iscritto le variazioni del rischio derivanti da sopravvenienze normative ovvero da modifiche degli orientamenti giurisprudenziali.

Art. 6 - Modifiche dell'assicurazione.

Le eventuali modifiche dell'assicurazione, devono essere provate per iscritto.

Art. 7 - Aggravamento del rischio.

Il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società di 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 (art. 1898 C.C.).

Art. 7 bis - Diminuzione del rischio.

Nel caso di diminuzione del rischio, la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successivi alla comunicazione del Contraente (art. 1897 C.C.) e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 8 - Dichiarazioni inesatte del Contraente in assenza di dolo o colpa grave.

Nell'ipotesi di cui all'art. 1893, comma 1, del codice civile, in assenza di dolo o colpa grave, il diritto di recesso dell'Assicuratore potrà avvenire, fermo restando l'obbligo della dichiarazione da farsi all'Amministrazione nei tre mesi successivi al giorno in cui l'Assicuratore ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, secondo la procedura di cui agli artt. 14 (Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali) e 14 bis (Clausola di recesso) e con decorrenza del termine di cui al comma 2 del citato art. 14 (Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali) dalla ricezione della citata dichiarazione.

Art. 9 - Obblighi in caso di sinistro

In caso di sinistro il Contraente, l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro 10 giorni da quando ne hanno avuto conoscenza (art. 1913 C.C.).

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (art. 1915 C.C.).

La denuncia dell'infortunio indicherà luogo, giorno, ora e causa dell'evento e sarà corredata dal certificato medico.

Il decorso delle lesioni dovrà essere documentato da ulteriori certificati medici.

L'Assicurato, o in caso di morte il beneficiario deve consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari.

Art. 10 - Durata del contratto / Proroga della garanzia.

Il presente contratto si intende stipulato per la **durata di anni** e cesserà automaticamente la propria operatività alla scadenza senza necessità di alcuna comunicazione formale da ognuna delle parti.

Ove ne ricorrano le condizioni previste dalla Legge, il Contraente può richiedere la **ripetizione del contratto** per una durata ed alle condizioni contrattuali-economiche pari a quelle originarie, inoltrando richiesta scritta alla Società entro tre mesi antecedenti la scadenza.

Resta comunque inteso che, per esigenze legate alle procedure necessarie per l'individuazione di una nuova Società il **contratto potrà essere prorogato** per un periodo massimo di tre mesi. In tal caso la Società è tenuta all'esecuzione delle prestazioni previste nel contratto agli stessi prezzi, patti e condizioni o più favorevoli per la stazione appaltante.

Sarà comunque facoltà delle parti recedere dal contratto al termine di ogni periodo assicurativo annuo, mediante lettera raccomandata da spedirsi almeno 60 giorni prima della scadenza annuale

Art. 11- Oneri fiscali.

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

Art. 12 - Foro competente.

Per la soluzione di ogni controversia dipendente da questo contratto, le Parti eleggono come foro competente quello del luogo dove ha sede il Contraente.

Art. 13 – Rinvio alle norme di legge.

Per quanto non espressamente regolato dal presente contratto valgono le norme di Legge interne e comunitarie.

Art. 14 – Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali.

1. Per i contratti di durata pluriennale, qualora si intenda chiedere la revisione del prezzo, entro tre mesi prima della scadenza dell'annualità, sulla base dei dati a disposizione da comunicare all'Amministrazione, l'Assicuratore può segnalare all'Amministrazione contraente il verificarsi delle ipotesi di modifiche del rischio previsti all'Art. 5 (Variazione del rischio) e richiedere motivatamente, ai sensi dell'art.106 del d.lgs. 50/2016 , la revisione dei premi o delle condizioni contrattuali

2. L'Amministrazione contraente, entro 15 giorni, a seguito della relativa istruttoria e tenuto conto delle richieste formulate, decide in ordine alle stesse, formulando la propria controproposta di revisione.

3. In caso di accordo tra le parti, si provvede alla modifica del contratto a decorrere dalla nuova annualità.

Art. 14 bis – Clausola di recesso.

1. In caso di mancato accordo ai sensi dell'art. 14 (Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali) tra le parti, l'Assicuratore può recedere dal contratto di assicurazione. Il recesso decorre dalla scadenza dell'annualità.

2. La facoltà di recesso si esercita entro 30 (trenta) giorni dalla proposta di cui al comma 1 dell'art. (Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali), presentata dall'Assicuratore, ovvero, nei casi di cui al comma 2 del medesimo articolo, entro trenta giorni dalla ricezione della controproposta dell'Amministrazione.

3. Qualora alla data di effetto del recesso l'Amministrazione contraente non sia riuscita ad affidare il nuovo contratto di assicurazione, a semplice richiesta di quest'ultima, l'Assicuratore s'impegna a prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni, normative ed economiche, in vigore per un periodo massimo di 30 (trenta) giorni. L'Amministrazione contraente contestualmente provvede a corrispondere l'integrazione del premio.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Art. 15 – Rischi esclusi.

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti:

- a) dalla guida di veicoli e natanti a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- b) da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- c) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- d) da delitti dolosi compiuti e tentati dall'Assicurato;
- e) da guerre o insurrezioni;
- f) da movimenti tellurici, inondazioni o eruzioni vulcaniche;
- g) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleari, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.)

Sono inoltre esclusi gli infarti e le ernie di qualsiasi tipo.

Art. 16 – Limiti di età.

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore agli 80 anni.

Tuttavia, per le persone che raggiungono tale età in corso di contratto, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa al compimento di tale termine, senza che in contratto possa essere opposto l'eventuale incasso di premi dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso verranno restituiti al Contraente.

Art. 17 – Persone non assicurabili.

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici.

Di conseguenza l'assicurazione cessa al manifestarsi di tali affezioni.

Art. 18 – Estensioni territoriali.

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

Art. 19 – Criteri di indennizzabilità.

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio. Resta inteso e convenuto che sono ammessi al beneficio dell'assicurazione tutti indistintamente gli assicurati e ciò indipendentemente dalle loro eventuali condizioni anormali di salute e da pregresse minorazioni fisiche o mutilazioni delle quali gli assicurati stessi risultassero affetti.

Pertanto, in caso di sinistro, sarà tenuto il debito conto, nello stabilire l'entità del danno, delle preesistenti anormali condizioni di salute, delle preesistenti minorazioni fisiche o mutilazioni delle quali l'assicurato fosse affetto e, se le conseguenze dell'infortunio risultassero aggravate dalle suddette anormali condizioni di salute o fisiche dell'infortunato, l'indennità sarà calcolata non in base alle effettive conseguenze del caso, ma in base a quelle che si sarebbero presumibilmente verificate in un soggetto sano ed esente da condizioni patologiche difettose, da mutilazioni e/o da minorazioni fisiche di qualsiasi genere.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato per infortunio, le percentuali di cui all'art. 22 sono diminuite tenendo conto del degrado di invalidità preesistente.

Art. 20 – 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 di invalidità permanente, ma se entro 2 anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, gli eredi dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso, mentre i beneficiari hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per morte – se superiore – e quello già pagato per invalidità permanente.

Art. 21 – Invalidità permanente.

L'indennizzo per il caso di invalidità permanente è dovuto se l'invalidità stessa si verifica – anche successivamente alla scadenza della polizza – entro due anni dal giorno dell'infortunio.

L'indennizzo per invalidità permanente parziale è calcolato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, in proporzione al grado di invalidità accertata secondo i criteri e le percentuali indicate nella tabella di cui all'allegato 1 del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 e successive modifiche intervenute fino alla data di stipulazione del contratto, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista per legge.

Nei confronti delle persone affette da mancinismo, le percentuali di invalidità previste per l'arto superiore destro e la mano destra, varranno per l'arto superiore sinistro e la mano sinistra e viceversa.

Se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita totale, le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.

Nel caso di invalidità permanente non specificati nella tabella di cui sopra, l'indennizzo è stabilito in riferimento alle percentuali dei casi indicati, tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

La perdita totale, anatomica o funzionale di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale d'invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna lesione, con il massimo del 100%.

Art. 22 – Franchigia per invalidità permanente.

La somma assicurata per invalidità permanente è soggetta alle seguenti franchigie assolute:

- 1) 5% sulla somma eccedente Euro 150.000 e fino a Euro 250.000;
- 2) 10% sulla somma eccedente Euro 250.000.

Pertanto sulla somma assicurata:

- eccedente Euro 150.000 e fino a Euro 250.000 la Società non liquida alcuna indennità se l'invalidità permanente è di grado non superiore al 5% del totale; in caso contrario la Società liquida l'indennità sole per la parte eccedente il 5%;
- eccedente Euro 250.000 la Società non liquida alcuna indennità se l'invalidità permanente è di grado non superiore al 10% del totale; in caso contrario la Società liquida l'indennità solo per la parte eccedente il 10%.

Nel caso in cui l'invalidità permanente sia di grado superiore al 20% della totale, la Società liquida l'indennità senza deduzione di alcuna franchigia.

Art. 23– Rimborso Spese Sanitarie.

Per la cura delle lesioni causate da infortunio indennizzabile a termini di polizza, la Società rimborsa, fino ad euro 3.000,00, le spese effettivamente sostenute:

1. in caso di ricovero o intervento chirurgico in day hospital, durante la degenza in istituto di cura per onorari dei medici, cure mediche, esami, diritti di sala operatoria, materiale d'intervento compreso le endoprotesi, trattamenti riabilitativi, rette di degenza. Qualora le spese di ricovero siano interamente a carico del Servizio Sanitario Nazionale, la Società, in sostituzione del rimborso, liquida di € 80 per ogni pernottamento e per un massimo di 100 pernottamenti.
2. Relativamente alle prestazioni sanitarie extra-ricovero, per accertamenti diagnostici, onorari dei medici, interventi chirurgici ambulatoriali e cure mediche, trattamenti riabilitativi, noleggio di apparecchiature terapeutiche e/o ortopediche; per cure e protesi dentarie rese necessarie da infortunio, purché questo sia provato dal referto del Pronto Soccorso (le spese

per il materiale prezioso e le leghe speciali impiegati nelle protesi dentarie sono rimborsabili fino alla concorrenza di euro 1.100,00, mentre non sono rimborsabili le spese per la riparazione o sostituzione di protesi applicate prima dell'infortunio); per trasporto dell'Assicurato al luogo di cura o di soccorso o da un istituto di cura all'altro con mezzi adeguati alla gravità delle condizioni dell'infortunato, il tutto fino alla concorrenza di euro 520,00; tale importo è elevato ad euro 2.600,00 se l'emergenza richiede intervento di eliambulanza. Le spese del presente comma sono rimborsate nella misura dell'80% il rimanente 20%, con il minimo di euro 75,00 per ogni infortunio, resta a carico dell'Assicurato;

3. In caso di intervento riparatore del danno estetico, per la chirurgia plastica fino alla concorrenza di euro 2.600,00. Tali spese sono rimborsabili purché l'intervento riparatore avvenga entro due anni dal giorno dell'infortunio (provato da cartella clinica descrittiva di un Pronto Soccorso) e non oltre due anni dalla scadenza del contratto.

Per danno estetico si intende la deturpazione obiettivamente constatabile.

Art. 24 – Modalità di valutazione del danno – Controversie.

Le divergenze sul grado di invalidità permanente o sul grado o durata dell'inabilità temporanea o sulla liquidabilità della diaria, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dall'art. 19 sono demandate per iscritto ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

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

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

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

Art. 25 – Assicurazione per conto altri.

Poiché la presente assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come previsto dall'art. 1891 C.C..

Art. 26 – Diritto di surrogazione.

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 C.C. verso i Terzi responsabili dell'infortunio.

Art. 27 – Regolazione del premio.

Il premio convenuto anticipato in via provvisoria è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minor durata del contratto, secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi a base per il conteggio del premio, fermo il premio minimo (da intendersi pari al 75% del premio di polizza).

A tale scopo, entro 90 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o della minor durata del contratto, l'Assicurato deve fornire per iscritto alla Società i dati consuntivi necessari per il conguaglio; non è tenuto in caso di variazioni non maggiori al 20%.

Le differenze, attive e passive, risultanti dalla regolazione, devono essere pagate nei 30 giorni dalla relativa comunicazione da parte della Società; nel caso in cui il contraente comunichi per iscritto gli elementi variabili intervenuti nel corso del contratto e gli stessi non superino quelli comunicati

in via, provvisoria la Società ne prende atto a tutti gli effetti senza emettere appendice costituendo la comunicazione effettuata dal contraente dichiarazione valida a tutti gli effetti contrattuali.

Se l'Assicurato non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti od il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società può fissargli un ulteriore termine non inferiore a 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 od il pagamento della differenza attiva; trascorso inutilmente tale periodo resta fermo per la Società il diritto di agire

Art. 28 – Monitoraggio sinistri.

la Società si impegna a fornire, a richiesta del Contraente/Assicurato, al fine di verificare e monitorare l'andamento di sinistrosità, aggiornata statistica sinistri, come strumento di prevenzione. L'elenco sinistri dovrà contenere i seguenti dati:

- sinistri denunciati
- sinistri riservati
- sinistri liquidati.

Tale comunicazione dovrà essere fatta ai sensi dell'art. 16 Regolamento ISVAP 35 entro venti giorni dalla richiesta del Contraente.

Art. 29 – Coassicurazione o raggruppamenti temporaneo di Società.

Nel caso di coassicurazione, o il contratto di assicurazione sia aggiudicato a un raggruppamento temporaneo di imprese, costituitosi in termini di legge, si deroga al disposto dell'art. 1911 c.c. e quindi tutte le imprese sottoscrittrici sono responsabili in solido nei confronti del contraente.

Art. 30 – Clausola Broker

Il Contraente si affida per la gestione del presente contratto alla Spett.le A&M Consulting S.r.l. di conseguenza tutti i rapporti inerenti alla presente polizza saranno svolti per conto della Contraente dalla Spett.le A&M Consulting S.r.l..

Agli effetti tutti della presente polizza, ogni comunicazione fatta dal Broker nel nome e per conto del Contraente/Assicurato alla Compagnia si intenderà come fatta dall'Assicurato. Parimenti ogni comunicazione fatta dall'Assicurato/Contraente al Broker si intenderà come fatta alla Compagnia

Art. 31 - Variazione nella figura del Contraente

In caso di variazione della personalità giuridica del Contraente per fusione, accorpamento, suddivisione o altri motivi dipendenti o meno da Leggi, i rapporti assicurativi dipendenti dal presente Capitolato hanno efficacia fino al momento in cui la nuova Contraenza opportunamente costituita e legittimata subentra in toto al precedente Contraente.

Questi si impegna a comunicare alla Compagnia la prossima variazione, entro novanta giorni, dell'avvenuto Delibera o dalla emanazione o promulgazione di provvedimenti, norme, leggi, in base alle quali avviene la variazione.

La Compagnia ed il Contrante / Assicurato si impegnano a rinegoziare il Capitolato e tutti i rapporti esistenti nell'ambito della nuova realtà venutasi a creare.

Ove non fosse possibile la prosecuzione del rapporto, il Capitolato e le Polizze da esso dipendenti cesseranno al termine del periodo di assicurazione in corso al momento della variazione, fermo quanto pattuito in merito all'eventuale regolazione del premio.

CONDIZIONI PARTICOLARI

A) Estensioni di garanzia.

Si precisa che sono considerati infortuni anche:

- asfissia causata da fuga di gas o di vapore;
- soffocamento da ingestione di solidi;
- gli avvelenamenti o intossicazioni acuti da ingestione di cibo o altre sostanze;
- le affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi, le punture vegetali, nonché le infezioni (quella tetaniche) conseguenti ad eventi risarcibili a termini di polizza;
- le ustioni in genere, nonché il contatto con corrosivi caustici;
- l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento;
- la folgorazione e scariche elettriche in genere;
- colpi di sole o di calore o di freddo;
- le lesioni determinate da sforzi, esclusi gli infarti e le ernia.

L'assicurazione vale anche per:

- gli infortuni sofferti in stato di malore o incoscienza o conseguenti a vertigini;
- gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- gli infortuni derivanti da influenze termiche ed atmosferiche;
- gli infortuni conseguenti a colpi di sonno.

B) Eventi Socio – politici.

L'assicurazione vale anche per gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismo, attentati, atti violenti che abbiano movente politico, economico, sociale e sindacale, purché l'assicurato provi di non averne preso parte attiva.

C) Atti di Terrorismo.

A parziale deroga delle condizioni di assicurazione, la garanzia è estesa agli infortuni derivanti da atti di terrorismo compiuti tramite armi e/o ordigni di tipo convenzionale.

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

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

D) Calamità naturali.

L'assicurazione vale per gli infortuni causati da terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, trombe d'aria, uragani, ma per la metà delle somme indicate in contratto e per un massimo comunque di € 129.200,00 per persona per ciascun caso di morte ed invalidità permanente totale. Inoltre se più Assicurati con la presente polizza fossero coinvolti in un medesimo evento, l'esborso massimo della Compagnia non potrà superare l'importo di € 1.000.000,00; se gli indennizzi spettanti complessivamente, eccedessero tale importo, gli stessi saranno proporzionalmente ridotti. Gli infortuni causati da movimenti tellurici, inondazioni, eruzioni vulcaniche, trombe d'aria, uragani, verificatisi fuori dai confini degli stati d'Italia, di San Marino, del Vaticano, sono indennizzati senza tener conto dei limiti sopra indicati

E) Ernie traumatiche e da sforzo – Ernie addominali.

A parziale deroga della Condizioni Generali di Assicurazione, l'assicurazione è estesa, limitatamente al caso di invalidità permanente, alle ernie addominali da sforzo e traumatiche, con l'intesa che:

- qualora l'ernia, anche bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, viene corrisposta solamente una indennità non maggiore del 10% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente totale;
- qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio medico di cui alle Condizioni Generali di Assicurazione.

F) Morte presunta.

Nel caso di presentazione di istanza per la dichiarazione di morte presunta ai sensi dell'art. 60 del C.C., la Società liquida agli aventi diritto la somma assicurata per il caso di morte, a condizione che:

- a) siano trascorsi 180 giorni dalla data in cui risale l'ultima notizia dell'assicurato;
- b) possa ragionevolmente desumersi che la morte è avvenuta per un evento indennizzabile ai sensi di polizza.

Se successivamente l'assicurato ritorna o ne è provata l'esistenza, la Società può agire anche nei suoi confronti per il recupero di quanto pagato e degli interessi; l'assicurato potrà tuttavia far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita.

G) Colpa grave.

L'assicurazione vale anche per gli infortuni derivanti da colpa grave dell'assicurato.

H) Diabete.

A maggior precisazione di quanto indicato nelle Condizioni Generali di Assicurazione, l'assicurazione vale anche per le persone affette da diabete a condizione che l'infortunio non sia conseguenza diretta del diabete ed ogni complicazione riferibile al diabete esclusa.

In caso di infortunio la Società corrisponde l'indennizzo ai sensi dell'Art. 19 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

I) Ubriachezza.

A parziale rettifica di quanto indicato nell'art. 15 delle Condizioni Generali di Assicurazione, l'assicurazione vale anche per gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza, esclusi comunque quelli conseguenti ad ubriachezza.

L) Esonero dall'obbligo di denuncia di infermità, mutilazioni o difetti fisici.

La Contraente è esonerata dalla denuncia di infermità, difetti fisici o mutilazioni di cui gli assicurati fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire.

In caso di infortunio, resta comunque espressamente confermato il disposto dell'art. 19 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

M) Rischio in itinere

L'assicurazione vale anche durante il percorso degli assicurati dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa

N) Beneficiario

L'Assicurato o gli eredi con intervento in quietanza dell'Ente.

O) Garanzia particolare operante esclusivamente per le categorie Volontari Protezione civile/Unità di intervento.

La garanzia è estesa alle malattie riportate in servizio e per causa di servizio che abbiano per conseguenza la morte o l'invalidità permanente, con l'intesa che:

- a) l'operatività della garanzia è subordinata alla condizione che la malattia insorga nel corso del rapporto assicurativo e si manifesti entro un anno dalla data di cessazione del rapporto stesso o dalla data di cessazione del servizio, se questa è anteriore;
- b) sono escluse dalla garanzia l'AIDS, le nevrosi, le malattie mentali e quelle tubercolari, nonché le radiotermiti e comunque le conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- c) in caso di controversie, è riservato al Collegio Arbitrale previsto nelle Condizioni generali di Assicurazione anche l'accertamento che la malattia sia effettivamente insorta in servizio e per causa di servizio;
- d) non si fa luogo ad indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado non superiore al 15 per cento della totale; se invece l'invalidità permanente supera il 15 per cento della totale, viene corrisposto l'indennizzo solo per la parte eccedente detta percentuale, sempre in rapporto al grado di invalidità permanente residuo.

....., li

La Società

Il Contraente

.....

.....

Agli effetti dell'art. 1341 del C.C., il Contraente e la Società dichiarano di conoscere, approvare ed accettare specificatamente le disposizioni dei sottoelencati articoli delle norme e condizioni che regolano l'assicurazione:

Art. 3 – Pagamento del premio

Art. 10 – Durata del contratto

Art. 13 – Foro competente

Art. 23 – Modalità di valutazione del danno

La Società

Il Contraente

.....

.....

**SCHEDA DI QUOTAZIONE DEL PROGETTO ASSICURATIVO
INFORTUNI VOLONTARI**

Volontari protezione civile / Unità di intervento N.16

morte	€ 150.000,00
invalidità permanente	€ 150.000,00
rimborso spese mediche	€ 3.000,00
indennità di degenza	€. 30,00