



Comune di Oristano
Piazza E. d'Arborea, 44
09170 Oristano
P.IVA n°00052090958
Settore Programmazione e Gestione delle Risorse

CAPITOLATO DI POLIZZA
INFORTUNI
LOTTO 3

CIG : 8779970473

INDICE

DEFINIZIONI

CONDIZIONI NORMATIVE

- ART. 1.1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio
- ART. 1.2 Durata del Contratto
- ART. 1.3 Pagamento del premio
- ART. 1.4 Costituzione del premio
- ART. 1.5 Regolazione del premio
- ART. 1.6 Variazione del rischio
- ART. 1.7 Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali
- ART. 1.8 Denuncia dell'infortuni e obblighi relativi
- ART. 1.9 Recesso in caso di sinistro
- ART. 1.10 Assicurazione di gruppo
- ART. 1.11 Assicurazione non nominativa
- ART. 1.12 Esonero denuncia preesistenze
- ART. 1.13 Esonero denuncia altri contratti infortuni
- ART. 1.14 Limiti Territoriali
- ART. 1.15 Rinuncia alla rivalsa
- ART. 1.16 Oneri fiscali
- ART. 1.17 Foro Competente
- ART. 1.18 Forma delle comunicazione dell'assicurato
- ART. 1.19 Obbligo di fornire i dati sull' andamento del rischio
- ART. 1.20 Coassicurazione e delega
- ART. 1.21 Validità esclusiva delle norme dattiloscritte
- ART. 1.22 Trattamento dei dati
- ART. 1.23 Rinvio alle norme di legge
- ART. 1.24 Tracciabilità dei flussi finanziari
- ART. 1.25 Clausola Broker
- ART. 1.26 Clausola recesso
- ART. 1.27 Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave

CONDIZIONI DI GARANZIA

- ART. 2.1 Oggetto
- ART. 2.2 Equiparazione ad infortunio
- ART. 2.3 Estensione garanzia
- ART. 2.4 Esclusioni
- ART. 2.5 Determinazione del danno - Criterio di indennizzo
- ART. 2.6 Limiti di età
- ART. 2.7 Pagamento dell'indennizzo
- ART. 2.8 Mancinismo
- ART. 2.9 Cumulo indennità
- ART. 3.0 Anticipo indennizzo
- ART. 3.1 Esonero denuncia condizioni degli Assicurati

DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intendono per :

ASSICURAZIONE	Il contratto di assicurazione
POLIZZA	i documenti che provano l'assicurazione
CONTRAENTE	il soggetto che ha stipulato il contratto
ASSICURATO	il soggetto il cui interesse è protetto
COMPAGNIA/SOCIETA'	l'impresa di Assicurazione aggiudicataria
PREMIO	la somma dovuta dal Contraente alla Compagnia
RISCHIO	la probabilità che si verifichi il sinistro
SINISTRO	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa
INFORTUNIO	l'evento dovuto a causa violenta, fortuita ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente accertabili e che abbia per conseguenza la morte, l'invalidità permanente o un'altra garanzia prevista dal contratto
INVALIDITA' PERMANENTE	per invalidità permanente si intende il pregiudizio o la riduzione, definitiva e irrimediabile, della capacità generica di attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo

CONDIZIONI NORMATIVE

ART. 1.1 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO BUONA FEDE

Le dichiarazioni volutamente inesatte o le reticenze del Contraente e dell'Assicurato 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.

Tuttavia, l'omissione da parte dell'Assicurato di una circostanza eventualmente aggravante il rischio, così come le inesatte dichiarazioni dell'Assicurato all'atto della stipulazione del contratto o durante il corso dello stesso, non pregiudicano il diritto al risarcimento dei danni, sempreché tali omissioni o inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo, fermo restando il diritto della Società, una volta venuta a conoscenza di circostanze aggravanti che comportino un premio maggiore, di richiedere la relativa modifica delle condizioni in corso (aumento del premio con decorrenza dalla data in cui le circostanze aggravanti siano venute a conoscenza della Società o, in caso di sinistro, conguaglio del premio per l'intera annualità).

ART. 1.2 DURATA DEL CONTRATTO

Il presente contratto avrà la durata di anni tre con decorrenza dalle ore 24:00 del 30/10/2021 e scadenza al 30/10/2024. Alla sua scadenza il contratto si intende automaticamente disdettato, senza obbligo di comunicazione fra le parti.

ART. 1.3 PAGAMENTO DEL PREMIO

Il Contraente è tenuto a pagare, a parziale deroga dell'art. 1901 c.c.:

- la prima rata di premio entro 90 (novanta) giorni dalla data di decorrenza del contratto;
- le rate successive alla prima (incluso eventuali periodi di proroga) entro 90 (novanta) giorni dalla data di scadenza.

Trascorsi i termini sopra indicati, fermo quanto disposto all'articolo della presente polizza inerente alla "clausola broker", la garanzia si riterrà sospesa e si intenderà riattivata dalle ore 24.00 del giorno di pagamento, ferme comunque le scadenze contrattuali convenute.

ART. 1.4 COSTITUZIONE DEL PREMIO

Il premio viene calcolato sulla base di quanto segue:

Categoria di Rischio	Parametro di Regolazione Preventivato	Premio Annuo lordo Preventivato
A1 Infortuni conducente	Numero complessivo 54	Euro
B1 Minori in Affidato	Numero complessivo 2	Euro
C1 Bambini Asilo nido	Numero complessivo 150	
PREMIO ANNUO LORDO COMPLESSIVO PREVENTIVATO		Euro

Nell'evenienza in cui vi siano delle variazioni in corso d'anno dovute a inclusione di nuove categorie di rischio o al ridimensionamento di capitali, i ratei di premio occasionati da tali modificazioni verranno regolati al termine della annualità assicurativa.

Il premio anticipato viene calcolato, sulla base dei parametri sopra esposti.

ART. 1.5 REGOLAZIONE DEL PREMIO

Il premio, convenuto in base ad elementi di rischio variabili, viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto all'articolo "Costituzione del premio" della presente polizza ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minore durata del contratto, secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo.

Relativamente alle categorie di rischio **corrispondenti ai punti: -A.1- B.1 - C.1** di cui all'art. 1.4 "Costituzione del Premio", il parametro di regolazione del premio sarà pari al numero complessivo di assicurati dichiarato dall'Ente a consuntivo, relativamente al periodo preso in esame. Per quanto riguarda la categoria di rischio corrispondente al punto: A tale scopo, entro i 90 giorni successivi alla scadenza del contratto, l'Assicurato deve fornire per iscritto alla Società i dati ad essa necessari ai fini della regolazione del premio.

Le differenze, risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei 90 giorni dalla relativa comunicazione da parte della Società.

Se l'Assicurato non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti od il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società deve fissargli un ulteriore termine non inferiore a 60 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 e la garanzia resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui l'Assicurato abbia adempiuto i suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

ART. 1.6 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. Le variazioni che devono essere comunicate possono concernere, a titolo esemplificativo, i mutamenti interni all'organizzazione dell'Amministrazione contraente, (variazione significativa del numero dei dipendenti, adozione di strumenti di riduzione del rischio, delibere dell'Amministrazione contraente che impattano sulle competenze e sulle funzioni svolte) [integrare e specificare con gli elementi più idonei ad incidere sul rischio assicurato, tenuto conto della situazione in cui versa la stazione appaltante e delle competenze dalla medesima svolte].

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. 1.7 REVISIONE DEI PREZZI E DI ALTRE CLAUSOLE CONTRATTUALI

1. Per i contratti di durata pluriennale, qualora si intenda chiedere la revisione del prezzo, sei 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 Variazione del rischio e richiedere motivatamente, ai sensi dell'art.106 del d.lgs. 50/2016, la revisione dei premi o delle condizioni contrattuali attinenti alle franchigie e agli scoperti o ai massimali assicurati

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. 1.8 DENUNCIA DELL'INFORTUNIO E OBBLIGHI RELATIVI

La denuncia dell'evento, con l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che lo hanno determinato corredata di certificato medico, deve essere fatta per iscritto entro 30 giorni dal momento in cui il Contraente, l'Assicurato o gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità.

Successivamente dovranno essere inviati certificati medici sul decorso e sottoporsi, a richiesta, ad esami medici a spese degli Assicuratori in relazione a qualsiasi infortunio o malattia. L'Assicurato o, in caso di morte, il Beneficiario, deve consentire, pertanto, tutte le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dagli Assicuratori, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso.

La Società si impegna a dare comunicazione al Contraente dell'avvenuta definizione del sinistro o a fornire le eventuali motivazioni del rifiuto di garanzia.

ART. 1.9 RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni sinistro e fino al 60^o (sessantesimo) giorno dalla definizione dei rapporti tra le Parti, la Compagnia ed il Contraente, hanno facoltà di recedere dal contratto con preavviso di 150 (centocinquanta) giorni da darsi con lettera raccomandata. In ambedue i casi di recesso la Compagnia rimborserà al Contraente i ratei di premio pagati e non goduti, escluse le tasse. Non è ammesso il recesso della società dalla garanzia di singoli rischi o parti dell'assicurazione, salvo esplicita accettazione da parte dell'Assicurato e conseguente riduzione del premio.

ART. 1.10 ASSICURAZIONE DI GRUPPO

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 disposto dall'art 1891 del Codice Civile.

ART. 1.11 ASSICURAZIONE NON NOMINATIVA

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per la loro identificazione e, in caso di capitali assicurati variabili, per la determinazione delle somme assicurate e/o del premio si farà riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione e/o societari del Contraente tenuti obbligatoriamente per legge.

ART. 1.12 ESONERO DENUNCIA PREESISTENZE

Il Contraente è esonerato dal notificare le malattie, le infermità, le mutilazioni ed i difetti fisici da cui fossero affette le persone assicurate.

ART. 1.13 ESONERO DENUNCIA ALTRI CONTRAITI INFORTUNI

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare gli eventuali contratti infortuni individuali che il personale assicurato avesse stipulato per conto proprio ed i sinistri dai medesimi sofferti.

ART. 1.14 LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione vale per il mondo intero.

ART. 1.15 RINUNCIA ALLA RIVALSA

La Società rinuncia al diritto di rivalsa che a norma dell'art.1 916 del C.C. ad essa compete verso i terzi responsabili dell'infortunio.

ART. 1.16 ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi al contratto di assicurazione sono a carico del Contraente.

ART. 1.17 FORO COMPETENTE

Per le controversie relative al presente contratto è competente, esclusivamente, il Foro in cui ha sede l'Assicurato.

ART. 1.18 FORMA DELLE COMUNICAZIONI DELL'ASSICURATO

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente è tenuto debbono farsi, per essere valide, con lettere o a mezzo telefax alla Direzione della Società ovvero all'Agenzia e/o Broker a cui è stata assegnata la polizza.

ART. 1.19 OBBLIGO DI FORNIRE I DATI SULL'ANDAMENTO DEL RISCHIO

1. Entro tre mesi dalla scadenza di ogni annualità e in ogni caso sei mesi prima della scadenza contrattuale, entro i 30 giorni solari successivi, l'Assicuratore, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di riservatezza dei dati personali, si impegna a fornire all'Amministrazione contraente l'evidenza dei sinistri denunciati a partire dalla data di decorrenza del contratto. Tale elenco dovrà essere fornito in formato [standard digitale aperto] tramite file modificabili (quindi non nella modalità di sola lettura), e non modificabili, e dovrà riportare per ciascun sinistro:

- il numero del sinistro attribuito dall'Assicuratore;
- la data di accadimento dell'evento;
- la data della denuncia;
- la tipologia dell'evento, specificando se ...;
- la tipologia di rischio assicurato (ad esempio, ramo assicurativo);
- la tipologia di indennizzo (se diretto o indiretto);
- l'indicazione dello stato del sinistro secondo la seguente classificazione e con i dettagli di seguito indicati:

a) sinistro agli atti, senza seguito;

b) sinistro liquidato, in data _____ con liquidazione pari a € _____;

c) sinistro aperto, in corso di verifica con relativo importo stimato pari a € _____.];

2. L'Assicuratore si impegna a fornire ogni altra informazione disponibile, relativa al contratto assicurativo in essere che l'Amministrazione, d'intesa con l'Assicuratore, ritenga utile acquisire nel corso della vigenza del contratto. Al riguardo l'Amministrazione deve fornire adeguata motivazione.

ART. 1.20 COASSICURAZIONE E DELEGA

Nei caso in cui la Compagnia aggiudicataria non assumesse in proprio l'intero rischio, la stessa assumerà il ruolo di Delegataria se l'assicurazione è ripartita per quote tra più Società:

1. Ciascuna di esse è tenuta alla prestazione in proporzione della rispettiva quota, quale risulta dal Contratto stesso, esclusa ogni responsabilità solidale.
2. Tutte le comunicazioni inerenti al contratto devono trasmettersi dall'una all'altra parte unicamente per il tramite della Compagnia Coassicuratrice Delegataria.
3. Ogni comunicazione s'intende data o ricevuta dalla Delegataria nel nome e per conto di tutte le Coassicuratrici.

A deroga di quanto sopra previsto, la disdetta o il recesso di una delle Compagnie partecipanti al rischio saranno valide soltanto se comunicate all'Assicurato.

ART. 1.21 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. 1.22 TRATTAMENTO DEI DATI

Ai sensi della Legge 196/03, le parti consentono il trattamento dei dati personali inerenti alla presente polizza, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali.

ART. 1.23 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non espressamente regolamentato, valgono le norme di legge.

ART. 124 TRACCIABILITÀ DEI FLUSSI FINANZIARI

La Società si assume l'obbligo della tracciabilità dei flussi finanziari, ai sensi dell'art. 3 Legge 136 del 13.08.2010. Inoltre, in tutti i casi in cui le transazioni siano eseguite senza avvalersi di banche o della società Poste Italiane S.p.A. è prevista la clausola risolutiva espressa e conseguentemente l'Ente Contraente, avuta notizia dell'inadempimento della Società agli obblighi di tracciabilità finanziaria di cui all'art. 3 Legge 136 del 13.08.2010, procederà all'immediata risoluzione del rapporto contrattuale, informandone contestualmente la prefettura ufficio territoriale del Governo territorialmente competente.

ART. 1.25 CLAUSOLA BROKER

Ad ogni effetto di legge, le Parti contraenti riconoscono alla Brokeritaly Consulting Srl il ruolo di cui al D. Lgs. N. 209/2005, relativamente alla conclusione ed alla gestione della presente assicurazione e per tutto il tempo della durata, incluse proroghe, rinnovi, riforme o sostituzioni. In conseguenza di quanto sopra si conviene espressamente:

- che il Broker, nell'ambito della normativa richiamata, sia responsabile della rispondenza formale e giuridica dei documenti contrattuali nonché della legittimità della sottoscrizione degli stessi da parte della Società;
- di riconoscere che tutte le comunicazioni che, per legge o per contratto, il Contraente/Assicurato è tenuto a fare alla Società, si intendono valide ed efficaci anche se notificate al Broker;
- che il pagamento dei premi dovuti alla Società, per qualsiasi motivo relativo alla presente assicurazione, venga effettuato dal Contraente al Broker. Il pagamento così effettuato ha effetto liberatorio per il contraente ai sensi dell'art. 1901 C.C. La Società delegataria o ogni eventuale società coassicuratrice, delegano quindi esplicitamente il broker, all'incasso del premio, in ottemperanza al comma 2 dell'art. 118 Dlgs 209/2005 e con gli effetti per la contraente previsti al primo comma del medesimo articolo;
- che le somme incassate dal broker vengano da questi rimesse agli assicuratori secondo gli accordi vigenti o, in mancanza, entro il giorno dieci del mese successivo a quello di incasso. All'uopo il broker trasmetterà alla/e Società distinta contabile riepilogativa della disposizione effettuata. Il presente comma è efficace qualora broker e Società non abbiano convenuto diversa regolamentazione dei rapporti.
- che le variazioni alla presente assicurazione richieste dalla contraente al broker, in forma scritta, siano immediatamente efficaci quando accettate dalla Società. Qualora le stesse comportino il versamento di un premio aggiuntivo, i termini di effetto sono subordinati alla disciplina dell'art. "Pagamento del premio";
- che l'opera del Broker, unico intermediario nei rapporti con le Compagnie di Assicurazione, verrà remunerata dalle Compagnie con le quali verranno stipulati, modificati, e/o prorogati i contratti. La remunerazione del Broker non dovrà in ogni caso rappresentare un costo aggiuntivo per il Contraente, e andrà dalla Società assorbita nella componente di costo altrimenti identificata nel premio, per gli oneri di distribuzione e produzione; la stessa verrà trattenuta dal Broker sulle rimesse premi di assicurazione all'atto della loro rendicontazione;
- che la gestione dei sinistri, fino a che non diventino vertenze legali, venga curata per conto del Contraente/Assicurato dal Broker;
- che il broker ha ottemperato agli obblighi assicurativi di Legge di cui all'art. 112, comma 3 del Dlgs 209/2005 e si impegna a produrre copia della vigente polizza a semplice richiesta scritta della/e Società in qualunque momento del rapporto.
- Il presente articolo sarà privo di efficacia dal momento in cui dovesse venire a mancare l'obbligatoria iscrizione del broker al RUI, istituito presso l'ISVAP con provvedimento n° 5 del 16/10/2006.
- La presente clausola avrà efficacia per tutta la durata dell'incarico di brokeraggio e, in mancanza di attribuzione del servizio a nuovo broker, sino alla scadenza del presente contratto, incluse proroghe, riforme e/o sostituzioni.

Art. 1.26 CLAUSOLA DI RECESSO

1. In caso di mancato accordo ai sensi dell'art. 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.
4. Il recesso non produce effetto in caso di mancata produzione dei dati di cui all'art. Produzione di informazioni sui sinistri riferiti fino al mese antecedente a quello di esercizio del recesso.

ART. 1.27 DICHIARAZIONI INESATTE E RETICENZE SENZA DOLO O COLPA GRAVE

1. 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. Revisione dei prezzi e art. Clausola di recesso e con decorrenza del termine di cui al comma 2 del citato art. Revisione dei prezzi dalla ricezione della citata dichiarazione

CONDIZIONI DI GARANZIA

ART. 2.1 OGGETTO

La Società assicura i Gruppi di persone riconducibili alle Categorie di Rischio sotto evidenziate, per l'identificazione degli assicurati farà fede la documentazione amministrativa tenuta dal contraente, nell'ambito di quanto disciplinato ai rispettivi commi del presente articolo:

➤ A1 - Infortuni conducente e trasportati

L'assicurazione è operante per gli infortuni che le persone autorizzate dal Contraente subiscano in occasioni di missioni o per adempimenti di servizio fuori ufficio, durante la guida dei veicoli di proprietà del Contraente, compreso a titolo esemplificativo e non limitativo, le biciclette o di proprietà di terzi ma in uso esclusivo al contraente stesso o dal medesimo utilizzati in locazione o comodato

L'assicurazione vale anche per gli infortuni subiti, in caso di fermata del veicolo, durante le operazioni necessarie per la ripresa della marcia, per il conducente addetto alla guida e delle persone di cui sia stato autorizzato il trasporto per i rischi non compresi nell'assicurazione obbligatoria di terzi (titolo X del D.Lgs 209/2005)

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

Somme assicurate :

CAPITALI GARANTITI PER CIASCUN ASSICURATO	
MORTE	€ 200.000,00
INVALIDITA' PERMANENTE	€ 200.000,00
RIMBORSO SPESE SANITARIE	€ 2.500,00

➤ B1 – Minori in Affidato

L'assicurazione copre gli infortuni subiti dai minori in affidato e messa in prova che a seguito di provvedimento disposto dalle competenti autorità di cui debba farsi carico il Comune di Oristano

Somme Assicurate :

CAPITALI GARANTITI PER CIASCUN ASSICURATO	
MORTE	€ 30.000,00
INVALIDITA' PERMANENTE	€ 85.000,00
DIARIA APPARECCHI DI CONTENZIONE	€ 60,00
DIARIA DA RICOVERO	€ 60,00
RIMBORSO SPESE SANITARIE	€ 7.500,00

➤ C1 – Bambini Iscritti all'Asilo nidi e frequentanti laboratori extrascolastici

L'assicurazione è operante per i bambini frequentanti l'Asilo Nido, bambini frequentanti ludoteche e spazio gioco nello svolgimento delle attività scolastiche, prescolastiche e parascolastiche sia nelle sedi che durante tutte le attività promosse dalle scuole stesse all'esterno degli edifici scolastici (ivi comprese gite effettuate con mezzi pubblici o mezzi di proprietà del Contraente, visite guidate, attività fisico-motorie etc.) in qualunque orario ed in qualunque giorno compresi i festivi. E' compreso il tragitto, anche con uso dei veicoli dalla casa all'Asilo o centro d'infanzia od al luogo dell'attività scolastica o ricreativa autorizzata e viceversa.

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

Somme assicurate :

CAPITALI GARANTITI PER CIASCUN ASSICURATO	
MORTE	€ 150.000,00
INVALIDITA' PERMANENTE	€ 150.000,00
RIMBORSO SPESE SANITARIE	€ 2.500,00

ART. 2.2 EQUIPARAZIONE AD INFORTUNIO

Sono, inoltre, equiparati a infortunio:

1. l'annegamento e l'asfissia per involontaria aspirazione di gas e vapori;
2. gli avvelenamenti provocati da ingestione, contatto o assorbimento di sostanze tossiche o patogene;
4. le ustioni provocate da animali o da vegetali in genere (comprese quelle tetaniche) conseguenti ad infortuni garantiti a termini di polizza;
5. l'assideramento, il congelamento, la folgorazione, colpi di sole e calore;
6. le ernie traumatiche, le lesioni (fatta eccezione per gli infarti) causate da sforzo muscolare.
7. gli effetti della temperatura esterna e degli agenti atmosferici, compresa l'azione del fulmine, nonché scariche elettriche da scariche elettriche e/o l'improvviso contatto con corrosivi ;
8. le conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche e di altre cure rese necessarie da infortunio.

ART. 2.3 ESTENSIONE GARANZIA

Si intendono assicurati gli infortuni derivanti all'Assicurato a causa o in occasione di:

1. uso e guida di locomozioni in genere esclusa la guida di aeromobili e di elicotteri;
2. aggressione, violenze, tumulti popolari, atti vandalici o terroristici quando anche abbiano movente politico, a condizione che l'Assicurato non ne sia promotore o partecipante attivo;
3. partecipazione a seguito di mobilitazione o per adesione volontaria ai servizio di protezione civile;
4. stato di malore o incoscienza, (o subiti in stato di malore o incoscienza);
5. colpa anche grave del Contraente, Assicurato, e dei Beneficiari;
6. stato di guerra, dichiarata o non che sorprenda l'Assicurato mentre si trovi all'estero in un Paese che, fino al momento del suo ingresso, risultava essere in pace. Tale estensione di garanzia è operante per una durata massima di 14 giorni dall'inizio delle ostilità;
7. movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni frane, valanghe e slavine;
8. partecipazione in qualità di passeggero a viaggi su aeromobili o elicotteri in servizio pubblico di linea regolare o a voli charter e straordinari effettuati sempre come passeggero su aeromobili esercitati da Società di traffico aereo regolarmente abilitate; fa garanzia è operante quand'anche si verificassero eventi delittuosi, comunque motivati, quali ad esempio attentati, atti di pirateria, di sabotaggio e dirottamenti.
9. In quest'ultima evenienza la garanzia si intende operante anche per il rimpatrio o il trasferimento dal luogo ove l'Assicurato fosse stato dirottato alla destinazione originariamente indicata sul biglietto.
10. Rischio in itinere : L'assicurazione è estesa agli infortuni subiti dall'Assicurato mentre compie il tragitto per recarsi dall'abitazione al luogo di svolgimento dell'attività, del mandato o dell'incarico, e viceversa.
11. Malattie professionali : L'assicurazione viene estesa anche alle malattie professionali, che siano insorte nel corso della validità del presente contratto, intendendosi come tali quelle attualmente previste al D.P.R. 30.06.1965 n. 1124 e con la franchigia relativa prevista. E' fatta eccezione per la silicosi, per l'asbestososi e per le conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, che si intendono pertanto escluse dalla garanzia.

ART. 2.4 ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti da:

1. guida ed uso di aeromobili,
2. ferma restando la garanzia del passeggero inclusa nel precedente paragrafo;
3. proprie azioni dolose;
4. trasmutazione del nucleo dell'atomo provocate dalla accelerazione artificiale delle particelle atomiche.

ART. 2.5 DETERMINAZIONE DEL DANNO - CRITERI DI INDENNIZZO

La presente assicurazione prevede l'indennizzo dei seguenti casi:

MORTE

Quando l'infortunio provochi la morte dell'Assicurato, verrà liquidato ai beneficiari (che salvo contraria indicazione, si intendono gli eredi legittimi) l'intero capitale garantito per tale evenienza. Qualora a seguito di evento contemplato nel presente contratto, il corpo dell'Assicurato non venisse ritrovato e si presuma che sia avvenuto un decesso, la Società liquiderà ai beneficiari (come sopra definiti) il capitale predisposto per il caso di morte. La liquidazione potrà avvenire solo dopo che siano trascorsi sei mesi dall'istanza per la dichiarazione di morte presunta, a termini degli artt. 60 e 62 del C.C. Si conviene che, qualora successivamente al pagamento della indennità per morte presunta, l'Assicurato risultasse in vita, la Società avrà diritto alla restituzione dell'indennizzo erogato. A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'indennizzo dell'invalidità permanente eventualmente patita, senza che si possano da parte della Società invocare eventuali termini di

prescrizione che, al più, decorreranno da quel momento.

INVALIDITÀ PERMANENTE

Quando l'invalidità sia totale o di grado superiore al 50% verrà liquidato l'intero massimale previsto per tale caso.

Nell'eventualità in cui l'invalidità permanente sia parziale, la sua dimensione percentuale verrà stabilita mediante accertamenti sanitari e facendo riferimento alla tabella 1 allegata al D.P.R. 1124/1965 (tabella INAIL) ed ai criteri previsti dall'art. 78 del suddetto decreto, con rinuncia da parte della Società, all'applicazione della franchigia prevista dalla Legge stessa per il caso di infortunio.

Gli Assicuratori corrispondono l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio. Se al momento dell'infortunio, l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si verificherebbero in ogni caso qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un atto già minorati, le percentuali di cui al presente articolo sono diminuite tenendo conto delle situazioni patologiche preesistenti.

RIMBORSO SPESE SANITARIE

Se l'Assicurato in conseguenza di infortunio fa ricorso a prestazioni sanitarie, la Società rimborsa, fino alla concorrenza del massimale previsto per anno assicurativo, o per il minor periodo di validità pattuito, le spese sostenute per:

- accertamenti diagnostici e medico legali (esclusi quelli previsti alla norma "controversie");
- visite mediche e specialistiche;
- onorari del chirurgo e di ogni altro componente l'equipe operatoria, diritti di sala operatoria, materiale d'intervento;
- apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento chirurgico o, limitatamente alle specifiche previsioni delle singole schede tecniche di polizza, danneggiati in conseguenza di infortunio indennizzabile;
- rette di degenza;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- trasporto dell'Assicurato in ambulanza.

DIARIA APPARECCHI DI CONTENZIONE

La Società corrisponde, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza che comporti l'applicazione di apparecchio gessato o di tutori immobilizzanti equivalenti, l'indennità giornaliera indicata fino ad un massimo di 30 giorni per sinistro.

DANNI ESTETICI

La Società corrisponde, per tutte le categorie assicurate dalla presente polizza, in caso di infortunio indennizzabile ai termini 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 € 10.000,00

SPESE DI TRASPORTO A CARATTERE SANITARIO

La Società rimborsa, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza i costi eventualmente sostenuti per il trasporto dal luogo dell'infortunio ad un Istituto di Cura attrezzato, il trasporto tra Istituti di Cura e dall'Istituto di Cura al domicilio dell'Assicurato a mezzo autoambulanza.

Il rimborso avverrà nei limiti del massimale pari a € 2.600,00 e verrà limitato ad un massimo di due viaggi.

RIENTRO SANITARIO

La garanzia è estesa al rimborso, fino al limite di € 5.000,00 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.

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 € 5.000,00

DIARIA RICOVERO

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

ART. 26 LIMITE DI ETÀ

Le garanzie di cui al presente contratto non sono estensibili ad assicurati di età superiore a 85 (ottantacinque) anni

ART. 2.7 PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

Valutato il danno, concordato l'indennizzo e ricevuta la necessaria documentazione, gli Assicuratori devono provvedere al pagamento dell'indennizzo. Questi ultimi verranno liquidati in Italia, in Euro.

ART. 2.8 MANCINISMO

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

ART. 2.9 CUMULO DI INDENNITÀ

Se dopo il pagamento di una indennità per invalidità permanente ma entro t'anno dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo l'Assicurato muore, gli Assicuratori corrispondono ai Beneficiari designati o, in difetto agli eredi dell'Assicurato, la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore, e non chiede il rimborso nel caso contrario. Il diritto all'indennità per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, gli Assicuratori pagheranno agli eredi l'importo liquidato od offerto secondo le norme della successione legittima o testamentaria.

ART. 3.0 ANTICIPO INDENNIZZO

Per invalidità permanente di grado superiore al 10 % l'Assicurato ha facoltà di richiedere un anticipo d'indennizzo. Tale richiesta deve essere presentata almeno 30 giorni dopo l'inoltro della denuncia di sinistro. La Società, entro 30 giorni successivi, provvederà alla erogazione di un importo pari al 50 % della somma che, sulla base delle stime preliminari, risulterà al momento indennizzabile. Non si darà luogo ad erogazione di anticipi quando sussistano giustificati dubbi sull' indennizzabilità del danno.

ART. 3.1 ESONERO DENUNCIA CONDIZIONI DEGLI ASSICURATI

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

LA SOCIETA'

IL CONTRAENTE

SCHEDA DI COPERTURA

CONTRAENTE/ASSICURATO	COMUNE DI ORISTANO
DURATA CONTRATTUALE	Anni 3 dalle ore 24.00 del 30/10/2021 alle ore 24.00 del 30/10/2024
PREMIO ANNUO LORDO COMPLESSIVO	In cifre € In lettere Euro
A1 Infortuni conducente	Premio pro-capite €
B1 Minori in Affido	Premio a km €
C1 Bambini Asilo nido	Premio pro-capite €

LA SOCIETA'

IL CONTRAENTE
