

**Lotto 2 - Assicurazione INFORTUNI CUMULATIVA**

**Napoli Servizi S.p.A.**

**Via G. Porzio**

**Centro Direzionale Isola C 1**

**80143 Napoli**

**Codice Fiscale e P. IVA 07577090637**

---

**CAPITOLATO SPECIALE DI APPALTO**

**POLIZZA DI ASSICURAZIONE INFORTUNI  
dei  
CONDUCENTI DEI VEICOLI DI PROPRIETA'  
DELL'AZIENDA**

**Viras International Insurance Broker S.p.A.**

Sede Legale e Direzione

Centro Direzionale Isola A 2 – 80143 Napoli

Tel. +39 081 9710611 Fax +39 081 9710612

area.eepp@pec.viras.eu - [www.gruppoviras.com](http://www.gruppoviras.com)

## DEFINIZIONI

<b>ASSICURAZIONE</b>	Il Contratto di assicurazione
<b>POLIZZA</b>	Il Documento che prova l'assicurazione
<b>CONTRAENTE</b>	L'Amministrazione che stipula l'assicurazione
<b>ASSICURATO</b>	Il Soggetto (persona fisica o giuridica) il cui interesse è protetto dall'assicurazione
<b>SOCIETA' / ASSICURATORI COMPAGNIA/ IMPRESA</b>	L'Impresa assicuratrice o il gruppo di Imprese che prestano l'assicurazione
<b>PREMIO</b>	La somma dovuta dal Contraente alla Società
<b>RISCHIO</b>	La probabilità che si verifichi il sinistro
<b>SINISTRO</b>	Il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa
<b>INFORTUNIO</b>	L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili le quali abbiano per conseguenza la morte, una invalidità permanente oppure una inabilità temporanea.
<b>INDENNIZZO INDENNITA'</b>	La somma dovuta dalla Società all'Assicurato o agli aventi diritto in caso di sinistro
<b>FRANCHIGIA</b>	L'importo eventualmente previsto dalle norme contrattuali e che, in caso di sinistro, resta a carico esclusivo dell'Assicurato, o degli aventi diritto
<b>SCOPERTO</b>	l'importo risultante dall'applicazione della percentuale prevista dalle norme contrattuali sulla somma liquidabile a termini di polizza (con il minimo eventualmente pattuito) e che, in caso di sinistro, viene detratto da detta somma, per restare ad esclusivo carico dell'Assicurato
<b>LIMITE DI INDENNIZZO</b>	La somma massima dovuta dalla Società
<b>BROKER</b>	La Viras International Insurance Broker S.p.A., in qualità di Broker di Assicurazione, di cui all'Art. 109 comma 2 lettera B) del D.Lgs 209/05 (Codice delle Assicurazioni Private) dell'Amministrazione, che opera in base all'art. 120, comma 2 lett. a) del suindicato decreto, a cui sono affidate la gestione e l'esecuzione del contratto.
<b>VEICOLO</b>	Autoveicoli, motoveicoli, motocicli e/o ciclomotori di proprietà o meno del Contraente.
<b>PERIODO DI ASSICURAZIONE</b>	Il periodo pari o inferiore a 42 mesi compreso tra la data di effetto e la data di scadenza del contratto.

**NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE**

La presente polizza è retta, esclusivamente, dalle condizioni che seguono, eventuali moduli aggiuntivi degli Assicuratori saranno sottoscritti unicamente per le relative procedure di formalizzazione.

Le Parti prendono atto ed accettano, altresì, che il Contraente, per ragioni di natura formale, amministrativa e contabile, necessita di ricevere gli originali dei documenti assicurativi per poter effettuare il relativo pagamento.

Si precisa, infine, che l'Amministrazione è tenuta ad effettuare i pagamenti nei termini temporali previsti esclusivamente se, in quel momento, sussistono le condizioni previste dalla normativa vigente (a titolo esemplificativo e non limitativo: verifiche fiscali, contributive ecc.), e che, in caso contrario, l'eventuale tardivo pagamento non costituisce motivo di sospensione e/o decadenza della copertura assicurativa.

**1 DECORRENZA E DURATA DELLA GARANZIA – PAGAMENTO DEL PREMIO**

La presente assicurazione ha effetto e copertura automaticamente dalle ore 24 del giorno 31/12/2016 e scadenza alle ore 24 del 30/06/2020. Il premio verrà corrisposto in rate annuali scadenti rispettivamente il 30/06 di ogni anno.

Alla scadenza contrattuale del 30/06/2020 la polizza si intenderà cessata senza obbligo di preventiva disdetta, fatte salva la facoltà della Contraente di richiedere alla Società il rinnovo del servizio, entro il 30/04/2020, per una durata di un ulteriore anno, laddove ritenuto opportuno e secondo la normativa vigente e previo accordo tra le Parti.

E' facoltà del Contraente, entro i 15 giorni antecedenti la scadenza, richiedere alla Società la proroga della presente assicurazione, per un periodo di 120 giorni, fino al completo espletamento delle procedure di aggiudicazione della nuova assicurazione.

Gli Assicuratori si impegnano ad accettare tale richiesta alle medesime condizioni normative – economiche in vigore al momento della richiesta del Contraente.

In tal caso la regolazione del premio avverrà, con le modalità previste al successivo Art. REGOLAZIONE DEL PREMIO, successivamente al termine del periodo di proroga.

In ogni caso rimane facoltà degli Assicuratori e del Contraente, disdire il presente contratto ad ogni scadenza annuale del medesimo con preavviso di 120 giorni.

Le Parti prendono atto ed accettano che qualora la Convenzione con il Comune di Napoli, con scadenza al 30/06/2018, non fosse rinnovata, sarà facoltà del Contraente risolvere il presente contratto, a far data dal 30/06/2018 con semplice comunicazione scritta, senza che la/le Impresa/e aggiudicataria/e possa/possano accampare alcuna pretesa in merito. La presente clausola prevale su ogni altra diversa clausola presente negli atti di gara.

A parziale deroga dell'art. 1901 del Codice Civile la prima rata di premio, come pure le eventuali appendici future, potrà essere pagata entro e non oltre 60 giorni dalla data della relativa decorrenza, fermo restando l'effetto dell'operatività della copertura, che altrimenti ha effetto dalle ore 24:00 del giorno dell'effettivo pagamento.

A parziale deroga dell'art. 1901 del Codice civile se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi entro 60 giorni dalla data di scadenza della polizza, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 60° giorno e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto degli Assicuratori al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'Art. 1901 Codice Civile.

Gli Assicuratori prendono atto che il pagamento dei premi viene effettuato al Broker (vedasi Definizione) e riconoscono che, ai fini della normativa vigente in materia, tale pagamento ha efficacia liberatoria per il Contraente.

Ai fini della copertura assicurativa farà fede la data della relativa comunicazione d'incasso scritta del suddetto Broker, che trasmetterà i relativi importi agli Assicuratori aggiudicatari e/o affidatari del servizio con le modalità e nei termini temporali normalmente previsti dagli accordi di collaborazione tra Broker ed Assicuratori, indipendentemente dall'esistenza o meno di accordi di collaborazione tra il Broker (vedasi definizione) e gli Assicuratori aggiudicatari e/o affidatari

L'Amministrazione ha il diritto, in qualsiasi momento, di allineare in un'unica data od in un unico mese tutte le scadenze dei contratti, sulla base delle proprie esigenze, o di chiedere ed ottenere un diverso frazionamento, senza che ciò comporti costi aggiuntivi ai premi pro rata, calcolati in un 360° per ogni giorno di garanzia.

Si considera come data di avvenuto pagamento quella dell'atto che conferisce tale ordine all'Unità Operativa Economico-Finanziaria del Contraente, a condizione che gli estremi dell'atto vengano comunicati per iscritto ed in tempo utile alla copertura al Broker e/o alla Società, a mezzo raccomandata o telex o telefax e che il pagamento venga effettuato entro e non oltre i 15 gg successivi a tale comunicazione e/o ai termini di mora previsti.

## **2 | REGOLAZIONE DEL PREMIO**

Poiché i premi sono quantificati in base ad elementi di rischio variabili, come indicato nelle Condizioni di Garanzia, il Contraente è tenuto, entro 90 giorni dalla fine di ogni anno di assicurazione o del minor periodo di durata del contratto, a comunicare alla Società i dati consuntivi, affinché la Stessa possa procedere all'emissione dell'appendice di regolazione premio, da effettuarsi entro 30 giorni dalla data di ricezione di detta comunicazione.

Le differenze risultanti dalla regolazione devono essere pagate, rispettivamente dal Contraente o dalla Società, entro i 60 giorni successivi alla data di ricevimento del relativo documento, emesso dalla Società.

Si considera come data di avvenuto pagamento quella dell'atto che conferisce tale ordine all'Unità Operativa Economico-Finanziaria del Contraente, a condizione che gli estremi dell'atto vengano comunicati per iscritto ed in tempo utile alla copertura al Broker e/o alla Società, a mezzo raccomandata o telex o telefax e che il pagamento venga effettuato entro e non oltre i 15 gg successivi a tale comunicazione e/o ai termini di mora previsti.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti o il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società può fissargli un ulteriore termine di 15 giorni, trascorso il quale la Società ha diritto di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

Per i contratti scaduti, 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.

Il premio pagato anticipatamente in via provvisoria è da considerarsi premio minimo comunque acquisito dalla Società.

## **3 | COASSICURAZIONE E DELEGA (nell'eventualità di coassicurazione)**

L'assicurazione può essere divisa per quote tra diverse Società. In caso di sinistro, la Società Delegataria ne gestirà e definirà la liquidazione e le Società Coassicuratrici, che si impegnano ad accettare la liquidazione definita dalla Società Delegataria, concorreranno nel pagamento dell'indennizzo calcolato a termini delle condizioni tutte in proporzione della quota da esse assicurata, esclusa ogni responsabilità solidale.

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 Compagnia Delegataria abbia preventivamente pattuito le modifiche stesse con le Coassicuratrici. Pertanto la firma apposta dalla Società Delegataria rende validi ad ogni effetto i successivi documenti anche per le Coassicuratrici.

4	<b>GESTIONE DELLA POLIZZA – CLAUSOLA BROKER - FORMA DELLE COMUNICAZIONI</b>
---	---

Le Parti convengono, in ogni caso, che per tutta la durata del Contratto, ivi comprese le proroghe e/o le appendici, anche di regolazione del premio che:

- 1 la gestione e l'assistenza nell'esecuzione del presente Contratto, con esclusione della potestà contrattuale, che resta di esclusiva competenza del Contraente, è affidata al Broker (vedasi Definizione);
- 2 agli effetti dei termini temporali fissati dalle condizioni di assicurazione, ogni comunicazione fatta dal Broker, nel nome e per conto del Contraente e/o Assicurato, agli Assicuratori, si intenderà come fatta dal Contraente e/o dall'Assicurato e viceversa, parimenti ogni comunicazione fatta al Broker si intenderà come fatta agli Assicuratori, ivi comprese quelle ai fini degli artt. 1913 e 2952 del Codice Civile;
- 3 tutte le comunicazioni fra le Parti e le eventuali modifiche del contratto, debbono essere fatte, per essere valide, per iscritto con lettera raccomandata A/R, telex, fax o altro mezzo ritenuto idoneo;
- 4 la remunerazione del Broker è a carico degli Assicuratori aggiudicatari e/o affidatari del servizio e dovrà comunque essere parte dell'aliquota riconosciuta dagli Stessi alla propria rete di vendita, tale remunerazione non rappresenta, in ogni caso, un onere aggiuntivo al premio di polizza per il Contraente.

5	<b>MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE</b>
---	-------------------------------------

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

6	<b>FORO COMPETENTE</b>
---	------------------------

Foro competente, per qualsiasi controversia e per decidere circa l'esecuzione della presente polizza, si dichiara quello del luogo ove ha la sede il Contraente.

7	<b>IMPOSTE E TASSE</b>
---	------------------------

Le imposte, le tasse e tutti gli altri oneri stabiliti dalla legge, presenti e futuri, relativi al premio, al contratto ed agli atti da esso dipendenti, sono a carico del Contraente, anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

8	<b>TRACCIABILITA' DEI FLUSSI FINANZIARI</b>
---	---

Tutti i flussi finanziari relativi al presente contratto devono essere registrati sui conti correnti dedicati alle commesse pubbliche ed effettuati esclusivamente tramite bonifico bancario o postale.

Ai fini della tracciabilità dei flussi finanziari, gli strumenti di pagamento devono riportare il codice identificativo di gara (CIG), e, ove previsto, il Codice Unico del Progetto (CUP).

Il mancato assolvimento degli obblighi previsto dall'art. 3 della Legge n° 136 del 13/08/2010 e ss.mm.ii. costituisce causa di risoluzione del contratto, ai sensi dell'art. 1456 c.c. e dell'art. 3 comma 9 bis della citata Legge e ss.mm.ii.

La presente disposizione nonché tutti gli obblighi derivanti dalla normativa vigente in materia (Legge n° 136 del 13/08/2010 e ss.mm.ii.) riguardano la Società e la cd "filiera" delle Imprese a qualsiasi titolo interessate al presente contratto.

9	<b>RINVIO ALLE NORME DI LEGGE</b>
---	-----------------------------------

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme della legge italiana e Comunitaria.

**10 AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO**

L'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento di 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 CODICE CIVILE).

**11 DIMINUZIONE DEL RISCHIO**

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio (anche in pro rata temporis) o le rate di premio successive alla prima comunicazione dell'Assicurato (Art. 1897 CODICE CIVILE) e rinuncia al relativo diritto di recesso.

**12 ALTRE ASSICURAZIONI**

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le altre eventuali assicurazioni che i singoli Assicurati avessero in corso o stipulassero in proprio per il medesimo rischio.

**13 VARIAZIONE DEL CONTRAENTE**

In caso di fusione, scorporo, incorporazione, trasformazione o cambiamento di denominazione o di ragione sociale, il contratto continua con il nuovo Contraente o sotto la nuova denominazione o ragione sociale.

Le variazioni sopra indicate devono essere comunicate dal Contraente, od aventi causa, entro il termine di 60 giorni dal loro verificarsi, alla Società, la quale nei 30 giorni successivi, o minor termine, in base all'urgenza, comunicherà l'eventuale nuovo premio, in funzione del maggiore o minore rischio.

**14 VARIAZIONI NORMATIVE**

Nel caso in cui vi fossero variazioni normative, oppure nuova e/o diversa giurisprudenza in materia, come pure interpretazioni e/o pareri delle medesime, tali da rendere, ad insindacabile giudizio del Contraente, incompatibile, totalmente od anche parzialmente, il presente contratto con le stesse, le Parti concordano sin d'ora di provvedere, tempestivamente, alla relativa riformulazione e/o aggiornamento della normativa contrattuale, fatte salve diverse disposizioni di legge e fermi restando i reciproci diritti derivanti dal presente contratto.

**15 BUONA FEDE**

La mancata comunicazione da parte del Contraente/Assicurato di circostanze aggravanti il rischio, così come le inesatte o incomplete dichiarazioni rese all'atto della stipulazione della polizza e/o nel corso della stessa, non pregiudicano il diritto al completo indennizzo, sempreché tali omissioni o inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo.

La Società, una volta venuta a conoscenza delle circostanze aggravanti, ha peraltro il diritto di percepire la differenza di premio corrispondente al maggior rischio a decorrere dal momento in cui la circostanza aggravante si è verificata.

**16 INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO**

Si conviene fra le Parti che in caso di dubbia interpretazione delle norme contrattuali verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole al Contraente/Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di assicurazione.

**17 VARIAZIONI NELLE CATEGORIE ASSICURATE**

L'assicurazione vale per le persone nominate e le categorie designate in Polizza ed in quanto permanga rispetto ad esse il rapporto in considerazione del quale fu fatta l'assicurazione.

Le variazioni delle Categorie assicurate devono essere comunicate dal Contraente restando inteso che:

- devono essere approvate dalla Società;
- se le variazioni comportano un aumento del premio, la Società ne prende atto con appendice e il Contraente è obbligato al pagamento del relativo premio nei termini previsti dall'Art. 1.

**18 ESONERO DENUNCIA INFERMITÀ 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 Convenzione o che dovessero in seguito sopravvenire, fermo restando il disposto dell'Art. 23 delle Norme operanti in Caso di Sinistro inerente ai Criteri di Indennizzabilità.

**NORME CHE REGOLANO LA GESTIONE DEI SINISTRI**

**19 DENUNCIA DEL SINISTRO**

La denuncia del sinistro, con l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che lo hanno determinato, corredata di certificato medico, deve essere inoltrata entro 30 giorni dal momento in cui si è verificato il sinistro o in cui l'Assicurato, o i suoi aventi diritto, abbiano avuto la possibilità di denunciarlo o da quando l'Ufficio Competente ne sia venuto a conoscenza.

Quando sinistro abbia cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sia sopravvenuta durante il periodo di cura, di essa deve essere dato avviso alla Società il più presto possibile.

L'Assicurato, i suoi familiari od aventi diritto, devono consentire la visita di medici, nominati dalla Società e qualsiasi indagine od accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale, verso la Società stessa, i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato e/o coloro che hanno svolto tali indagini ed accertamenti.

Se il Contraente o l'Assicurato, o i suoi familiari o aventi diritto, intenzionalmente non adempiano all'obbligo della denuncia ed agli altri obblighi indicati nei commi precedenti, l'Assicurato ed i suoi aventi diritto perdono il diritto all'indennità; se a tali obblighi l'Assicurato, i suoi familiari o aventi diritto non adempiono colposamente, la Società, dimostrata l'azione colposa, può ragionevolmente ridurre le indennità in ragione del pregiudizio sofferto.

Nel comune interesse il Contraente e gli Assicuratori, ivi compresi i rispettivi Uffici preposti, si obbligano ad effettuare ogni corrispondenza esclusivamente attraverso il Broker designato, fornendo tutta la relativa documentazione in possesso per una corretta definizione di ogni sinistro.

**20 FACOLTA' BILATERALE DI RECESSO IN CASO DI SINISTRO**

Dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto, il Contraente o la Società possono recedere dall'assicurazione, con preavviso di 120 giorni mediante lettera raccomandata a/r. In tal caso la Società, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio netto relativa al periodo di rischio non corso.

Nel caso di recesso da parte degli Assicuratori, qualora tra la data di comunicazione e l'effetto del recesso, intercorra una scadenza di periodo, con conseguente pagamento del premio, quest'ultimo sarà corrisposto pro-rata e calcolato per il periodo intercorrente tra la scadenza del periodo e l'effetto del recesso.

Non è ammesso il recesso della Società dalle garanzie di singoli rischi o parti dell'assicurazione, salvo esplicita accettazione dell'Assicurato con conseguente adeguamento del premio.

**21 OBBLIGO DI FORNIRE I DATI SULL'ANDAMENTO DEL RISCHIO**

La Società con periodicità semestrale, si impegna a fornire al Contraente il dettaglio dei sinistri così suddiviso:

- sinistri denunciati;
- sinistri riservati (con indicazione dell'importo a riserva);
- sinistri liquidati (con indicazione dell'importo liquidato e dell'eventuale franchigia da recuperare);
- sinistri respinti (mettendo a disposizione le motivazioni scritte).

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

Il monitoraggio deve essere fornito progressivamente, cioè in modo continuo ed aggiornato dalla data di accensione della copertura fino a quando non vi sia l'esaurimento di ogni pratica.

La documentazione di cui sopra dovrà essere fornita, possibilmente al Contraente mediante supporto informatico compatibile ed utilizzabile dal Contraente stesso.

Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al Contraente di chiedere ed ottenere, un aggiornamento con le modalità di cui sopra in date diverse da quelle indicate, anche a contratto scaduto ed entro 30 giorni dalla richiesta.

22	<b>RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA</b>
----	---------------------------------------

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato al diritto di rivalsa, nei confronti di eventuali terzi responsabili dell'infortunio, spettante a termini dell'articolo 1916 del Codice Civile.

23	<b>CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ E LIQUIDAZIONE DEL DANNO</b>
----	---

La Società liquida l'indennità soltanto per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio indennizzabile a termini della presente Polizza, indipendentemente quindi da malattia o da difetti fisici, preesistenti o sopravvenuti; o da mutilazioni preesistenti, in quanto l'influenza che l'infortunio può aver esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono considerate conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

Nei casi di preesistenti mutilazioni o difetti fisici, 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 derivato dalle condizioni preesistenti.

24	<b>QUANTIFICAZIONE DEL DANNO – PAGAMENTO</b>
----	--

Completata la necessaria documentazione e svolti gli accertamenti del caso, la Società calcola l'indennizzo dovuto, ne dà comunicazione agli aventi diritto e, ricevuta la loro accettazione, provvede al pagamento entro 60 giorni.

L'indennizzo viene corrisposto in Italia in Euro.

25	<b>CONTROVERSIE</b>
----	---------------------

Le Parti si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere su qualsiasi controversia sorta in merito ad un sinistro ad un Collegio di tre medici nominati uno per Parte ed il terzo dalle Parti di comune accordo o, in caso di disaccordo, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio medico. Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle Parti remunera, a proprie spese, 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.

E' data facoltà al Collegio di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da fissarsi dal Collegio stesso, entro 30 giorni, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una somma da imputarsi nella liquidazione definitiva dell'infortunio.



### OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La garanzia è prestata per gli infortuni, subiti dagli Assicurati nell'espletamento delle mansioni loro affidate e/o delle attività cui sono tenuti, dai quali derivi la morte, l'invalidità permanente o, limitatamente alle Categorie interessate, le altre conseguenze, garanzie e/o condizioni previste.

La garanzia opera per gli infortuni che si verifichino a causa e/o in occasione:

1. delle attività prestate, per conto dell'Amministrazione, o cui gli assicurati sono tenuti, anche se svolte all'esterno della sede Istituzionale e/o dell'orario predeterminato;
2. nell'esercizio di tutte le attività, comprese quelle di rappresentanza, nessuna esclusa né eccettuata, istituzionalmente organizzate dall'Amministrazione e/o preventivamente autorizzate dall'Amministrazione stessa e/o alle quali intende partecipare, comprese le attività svolte all'estero;
3. di tutti i trasferimenti, con qualsiasi mezzo di locomozione ed anche a piedi, da e per l'abitazione, anche occasionale, dell'Assicurato ed il suo normale luogo di lavoro o qualsiasi altro luogo, e viceversa ove l'Assicurato si rechi a svolgere la propria mansione, o incarico, per conto dell'Amministrazione, con la precisazione che, nel tragitto, entrambi i luoghi (di partenza e di arrivo) sono compresi ai fini dell'operatività della presente garanzia, fermo restando quanto stabilito all'art. 35 e fatto salvo quanto previsto all'art. 44.

### ASSICURATI

<b>A</b>	Dirigenti Amministrativi e Tecnici compreso il Direttore Generale (se previsto)
<b>B</b>	Operatori Socio Assistenziali e/o Volontari e/o Collaboratori vari che svolgono i servizi socio - assistenziali alla persona (a titolo esemplificativo e non esaustivo assistenza e trasporto disabili, accoglienza anziani nelle strutture comunali, assistenza scolastica bambini disabili, assistenza domiciliare anziani e disabili ) - <b>Attivazione su richiesta</b>
<b>C</b>	Utenti del servizio socio - assistenziale (a titolo esemplificativo e non esaustivo minori disabili, disabili, anziani ecc.) - <b>Attivazione su richiesta</b>

### CONDIZIONI DI GARANZIA

#### 26 DELIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

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

- a) le conseguenze dei colpi di sole, di calore e di freddo;
- b) le conseguenze delle folgorazioni;
- c) le conseguenze dell'assideramento o congelamento;
- d) il contatto con acidi e corrosivi;
- e) le conseguenze di ingestione di sostanze dovute a causa fortuita, restando comunque escluse le conseguenze di intossicazioni dovute ad abuso di alcolici e di psicofarmaci o ad uso di sostanze stupefacenti e di allucinogeni;
- f) l'asfissia;
- g) l'annegamento;
- h) le lesioni corporali sofferte per legittima difesa, per dovere di solidarietà umana in occasione di aggressioni e 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;

- i) le conseguenze delle infezioni, nonché degli avvelenamenti causate anche da morsi di animali e punture di insetti;
- l) le infezioni e/o avvelenamenti causati da punture e/o contatto con piante;
- m) le lesioni sofferte in conseguenza di imprudenze e negligenze gravi, nonché in stato di malore od incoscienza;
- n) le conseguenze di operazioni chirurgiche o di trattamenti resi necessari da infortuni indennizzabili a termini della presente Polizza.

L'assicurazione vale altresì:

- p) per gli infortuni derivanti dalla pratica non professionale di qualsiasi sport, ad eccezione di paracadutismo, sport aerei in genere e gare di qualsiasi genere;
- q) per infortuni derivanti da immersioni con autorespiratore, compresa embolia, purché in possesso di regolare brevetto, a condizione che la profondità non superi i 30 metri e non si tratti di immersioni in solitaria;
- r) per infortuni derivanti dalla partecipazione in squadre interne antincendio;
- s) per infortuni derivanti dalla partecipazione ad associazioni di volontariato e Protezione Civile;
- t) per gli infortuni subiti dall'assicurato in stato di ubriachezza, esclusi comunque quelli verificatisi durante la guida di veicoli a motore;
- u) per gli infortuni derivanti dall'uso e guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, a condizione che l'assicurato sia abilitato a norma delle disposizioni di legge, esclusi i mezzi subacquei ed aerei;
- v) 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 in un paese sino ad allora in pace.

Detta assicurazione è anche estesa al rischio volo.

Sono comunque esclusi dalla garanzia gli infortuni derivanti dalla predetta causa che colpiscono l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, Città del Vaticano e Repubblica di San Marino.

La presente estensione di garanzia non opera per coloro che prestano il servizio militare.

27	<b>ESCLUSIONI</b>
----	-------------------

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti:

- a) dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove o allenamenti) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore.

Sono pure esclusi:

- b) gli infortuni causati da ubriachezza alla guida di autoveicoli, da abuso di psicofarmaci non a scopo terapeutico, dall'uso di sostanze stupefacenti o allucinogeni;
- c) gli infortuni che siano la conseguenza di proprie azioni delittuose;
- d) gli infortuni cagionati da radiazioni ionizzanti o contaminazioni radioattive derivanti da qualsiasi combustibile nucleare o da qualsiasi scoria nucleare derivante dalla combustione del propellente di cui sopra;
- e) gli infortuni cagionati da esplosioni radioattive tossiche o altre proprietà pericolose di qualsiasi altro assemblaggio nucleare o componente nucleare del detto assemblaggio, indipendentemente da come la emissione o esplosione si sia verificata;
- f) gli infortuni cagionati da sostanze radioattive, biologiche e/o chimiche, quando utilizzate da un soggetto o da un gruppo di soggetti per fini non pacifici;
- g) gli infortuni extraprofessionali.

**28 ERNIE E SFORZI**

Sono considerati infortuni, limitatamente ai casi di Invalidità Permanente, le ernie da causa violenta nonché le lesioni muscolari da sforzo, con l'intesa che, qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo il parere medico, verrà corrisposta solamente un'indennità non superiore al 10% della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente Totale.

**29 RISCHIO VOLO**

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 di:

vedasi categoria e complessivamente per aeromobile Euro 5.000.000,00 = indipendentemente dal numero di persone infortunate o decedute.

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

**30 CALAMITA' NATURALI**

La garanzia è estesa agli infortuni derivanti da movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, frane e valanghe, con l'intesa che l'esborso massimo della Società non potrà superare l'importo di Euro 5.000.000,00 indipendentemente dal numero di persone infortunate o decedute. Qualora le indennità liquidabili eccedessero nel loro complesso tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

**31 MORTE**

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato, questa si verifichi entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto e qualora in polizza non siano indicati i nominativi dei Beneficiari, la Società liquida la somma assicurata per il caso di morte in parti uguali fra i Beneficiari individuati applicando i criteri della successione legittima.

Se, dopo il pagamento di una indennità per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai Beneficiari 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.

**32 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 mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termini degli Artt. 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 stesso potrà fare valere i diritti spettantigli, nel caso avesse subito lesioni indennizzabili a norma della presente polizza.

**33 INVALIDITÀ PERMANENTE**

Se l'infortunio ha per conseguenza una Invalidità Permanente e questa si verifica entro due anni dal giorno nel quale è avvenuto, la Società liquida per tale titolo una indennità calcolata sulla somma assicurata per invalidità assoluta, secondo la tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali (con esclusione comunque di ogni e qualsiasi invalidità conseguente a malattia professionale) approvata con D.P.R. del 30-06-1965 n. 1124 e ss.mm.ii., con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista. Per gli Assicurati mancini le percentuali di Invalidità Permanente previste dalla precisata tabella per l'arto superiore destro varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa.

- La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali di cui alla citata tabella vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta;
- Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti, le percentuali previste nella predetta tabella sono addizionate fino al massimo del 100% della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente Totale;
- a perdita anatomica o funzionale di una falange del pollice o dell'alluce è stabilita nella metà, e quella di qualunque altro dito delle mani o dei piedi in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito. Nei casi di Invalidità Permanente non specificati nella predetta tabella, l'indennità viene stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi indicati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente della sua professione. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Qualora l'invalidità permanente conseguente ad infortunio comporti una riduzione permanente della capacità lavorativa specifica in misura superiore al 66%, verrà indennizzata con il 100% del capitale assicurato.

Il grado di Invalidità Permanente viene stabilito al momento in cui le condizioni dell'Assicurato sono considerate permanentemente immutabili, al più tardi entro due anni dal giorno dell'infortunio.

**34 INABILITA' TEMPORANEA - valida se richiamata nella categoria**

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

- integralmente, per tutto il tempo in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità di attendere alle occupazioni dichiarate;
- parzialmente, per tutto il tempo in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle sue occupazioni, in relazione al grado che egli ha conservato o che è andato riacquistando della sua capacità fisica.

L'indennità per inabilità temporanea che è corrisposta per il periodo della necessaria cura medica, decorre dal giorno successivo a quello dell'infortunio regolarmente denunciato o, in caso di ritardo, dal giorno successivo a quello della denuncia e cessa col giorno precedente a quello dell'avvenuta guarigione.

Detta indennità viene corrisposta, se richiamata espressamente, per un periodo massimo di 300 giorni da quello dell'infortunio.

**35 RISCHIO "IN ITINERE" E REPERIBILITA' - sempre operante**

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 Contraente, con la precisazione che, nel tragitto, entrambi i luoghi (di partenza e di arrivo) sono compresi ai fini dell'operatività della presente garanzia, fatto salvo quanto previsto all'art. 44.

Per tutte le Categorie la garanzia opera, inoltre, nei termini di cui sopra, da e per qualsiasi luogo in cui le Persone si trovino in stato di "Reperibilità".

La presente garanzia è operante esclusivamente in eccesso alle coperture obbligatorie per Legge (Es.: INAIL) ed a quanto previsto dalla garanzia RCO, entrambe laddove previste e/o operanti.

\*Laddove il mezzo di trasporto utilizzato sia diverso da quello pubblico, l'Assicurato è tenuto a dimostrare l'inadeguatezza (per orari, tragitti ecc.) dei mezzi pubblici che hanno reso non possibile l'utilizzo di tali mezzi e, di conseguenza, l'utilizzo di mezzi propri.

36	<b>LIMITI DI ETÀ'</b>
----	-----------------------

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore a 75 anni.

Si intendono tuttavia assicurate, fino al limite di 80 anni compiuti, le persone che abbiano superato i 75 anni, a condizione che per loro sia stato inoltrato alla Società, prima del compimento dell'80° anno, un regolare certificato di "buona salute".

37	<b>PERSONE NON ASSICURABILI</b>
----	---------------------------------

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza o da infermità mentali. Di conseguenza l'assicurazione cessa al manifestarsi di tali affezioni.

38	<b>MALATTIE PROFESSIONALI</b>
----	-------------------------------

Premesso che per Malattia Professionale si intende l'alterazione a carattere evolutivo dello stato di salute, l'assicurazione viene estesa, ai sensi del DPR 30.06.1965 n° 1124 e ss.mm.ii., alle malattie professionali, a condizione che:

- siano contratte in servizio e per cause di servizio;
- abbiano per conseguenza la morte e l'invalidità permanente;
- si manifestino nel corso di validità della presente polizza od entro un anno dalla cessazione della stessa;
- riducano l'attitudine generica al lavoro in misura superiore al 6% della totale.

Qualora la percentuale di riduzione fosse superiore al 6% l'indennizzo verrà corrisposto integralmente.

39	<b>DIARIA DA RICOVERO – valida se richiamata nella categoria</b>
----	--

La Società si impegna a liquidare un'indennità giornaliera in caso di ricovero dell'Assicurato in ospedale pubblico o casa di cura privata, in conseguenza di infortunio indennizzabile a termini di polizza. Il pagamento dell'indennità sarà effettuato dalla Società indipendentemente da ogni altra assicurazione pubblica o privata di cui eventualmente fruisca l'Assicurato, con il massimo stabilito nella scheda.

40	<b>DIARIA DA GESSO – valida se richiamata nella categoria</b>
----	---

La Società, nel caso in cui l'infortunio comporti l'applicazione di apparecchio gessato o di tutori immobilizzanti equivalenti resi necessari da fratture osteoarticolari radiograficamente accertate o da lesioni capsulo – legamentose articolari clinicamente diagnosticate in ambiente ospedaliero o da medico ortopedico, liquida una diaria giornaliera a partire dal giorno successivo a quello dell'infortunio fino al giorno prima della rimozione con il massimo stabilito nella scheda.

41	<b>RIMBORSO SPESE MEDICHE – valida se richiamata nella categoria</b>
----	--

La Società rimborsa, fino alla concorrenza del massimale stabilito, le spese effettivamente sostenute e documentate per la cura delle lesioni causate da infortunio indennizzabile a termini di polizza.

Durante la degenza in istituto di cura per onorari dei medici, cure mediche, esami, diritti di sala operatoria, materiale d'intervento (comprese le endoprotesi), trattamenti riabilitativi e rette di degenza.

42	LIMITI TERRITORIALI
----	---------------------

L'assicurazione vale per tutto il mondo.

43	MASSIMALE PER SINISTRO
----	------------------------

Nel caso in cui un evento di qualsiasi natura e garantito in polizza colpisca contemporaneamente più soggetti assicurati con la presente polizza, la Società risponderà fino ad un massimo di Euro 5.000.000,00 indipendentemente dal numero di persone infortunate o decedute.

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

44	CONDIZIONI VALIDE PER TUTTE LE CATEGORIE
----	--

a) Le indennità previste agli Artt. 34, 39 e 40, se spettanti contemporaneamente, non sono cumulabili tra loro, in tal caso infatti l'Assicurato avrà diritto ad una sola, la più favorevole per lo stesso, delle indennità previste.

b) Si conviene tra le Parti che, in caso di sinistro indennizzabile a termini della presente polizza, le garanzie prestate dalla stessa opereranno, esclusivamente ed alternativamente:

- a primo rischio, se la copertura INAIL non è obbligatoria o prevista o operante ed a condizione che non vi sia responsabilità del Contraente;
- a secondo rischio alla sola copertura infortuni obbligatoria per legge, a condizione che non vi sia responsabilità del Contraente;
- in eccesso ad ogni altra copertura, nel caso in cui vi fosse responsabilità del Contraente.

**CONDIZIONI CON APPROVAZIONE ESPRESSA**

Agli effetti degli articoli 1341 e 1342 del Codice Civile, le Parti dichiarano aver preso conoscenza e di approvare specificamente le disposizioni dei seguenti articoli delle Norme di Assicurazione:

- Art. 1 DECORRENZA E DURATA DELLA GARANZIA – PAGAMENTO DEL PREMIO
- Art. 2 REGOLAZIONI DEL PREMIO
- Art. 4 GESTIONE DELLA POLIZZA – CLAUSOLA BROKER – FORMA DELLE COMUNICAZIONI
- Art. 6 FORO COMPETENTE
- Art. 8 TRACCIABILITA' DEL FLUSSI FINANZIARI – CLAUSOLA RISOLUTIVA ESPRESSA
- Art. 9 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE
- Art. 13 VARIAZIONE DEL CONTRAENTE
- Art. 14 VARIAZIONE NORMATIVE
- Art. 17 VARIAZIONE DELLE CATEGORIE ASSICURATE
- Art. 20 FACOLTÀ BILATERALE DI RECESSO IN CASO DI SINISTRO
- Art. 21 OBBLIGO DI FORNIRE I DATI SULL' ANDAMENTO DEL RISCHIO
- Art. 22 PENALI (NON OPERANTE)
- Art. 23 CRITERI DI INDENNIZZABILITA' E LIQUIDAZIONE DEL DANNO
- Art. 227 ESCLUSIONI
- Art. 28 ERNIE E SFORZI
- Art. 29 RISCHIO VOLO
- Art. 30 CALAMITÀ NATURALI
- Art. 33 INVALIDITA' PERMANENTE
- Art. 36 LIMITI DI ETÀ
- Art. 37 PERSONE NON ASSICURABILI
- Art. 38 MALATTIE PROFESSIONALI
- Art. 43 MASSIMALE PER SINISTRO

IL CONTRAENTE

LA SOCIETÀ

Ai sensi della D.Lgs. 196/03 le Parti consentono il trattamento dei dati personali contenuti nella presente polizza o che eventualmente ne derivino, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali, disgiuntamente ad opera del Broker e degli Assicuratori.

IL CONTRAENTE

LA SOCIETÀ

**Categoria A**

**Dirigenti Amministrativi e Tecnici compreso il Direttore Generale (se previsto)**

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità dell'Assicurato e in caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, il Contraente si obbliga a rilasciare alla società, una dichiarazione che attesti:

1. che l'Assicurato, indicandone la Categoria di Appartenenza (A o B o C ecc.), al momento del sinistro svolgeva l'Attività professionale per conto o su disposizione del Contraente stesso;
2. generalità complete dell'Assicurato;
3. luogo, data ed ora di inizio e termine della eventuale missione ed una descrizione dell'accaduto.

**Somme Assicurate  
pro-capite**

Morte	Euro	400.000,00	
Invalidità Permanente	Euro	500.000,00	
Inabilità temporanea	Euro	80,00	al giorno, da corrispondersi per un periodo massimo i 300 giorni con decorrenza dal 1° giorno del mese successivo all'inizio dell'invalidità e riduzione. L'indennità giornaliera è ridotta al 50% per i primi tre mesi.
Diaria da gesso	Euro	80,00	al giorno, da corrispondersi per un periodo massimo di 60 giorni per ogni infortunio
Rimborso Spese Mediche	Euro	3.500,00	per sinistro e per anno

**Franchigie**

Nessuno scoperto o franchigia graverà su questa categoria rispetto alla Invalidità Permanente.

Inabilità temporanea 3 gg.  
Diaria da gesso 5 gg.

**Calcolo del Premio**

Premio lordo pro-capite	Euro ...
Assicurati Preventivati	n° 1
Premio lordo anticipato	Euro ....



**Categoria B**

**Operatori Socio Assistenziali e/o Volontari e/o Collaboratori vari che svolgono i servizi socio - assistenziali alla persona (a titolo esemplificativo e non esaustivo assistenza e trasporto disabili, accoglienza anziani nelle strutture comunali, assistenza scolastica bambini disabili, assistenza domiciliare anziani e disabili )**

La garanzia è riferita agli infortuni subiti a causa ed in occasione dell'espletamento delle mansioni loro affidate, ivi compresi i danni eventualmente subiti in occasione del tragitto dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa.

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità degli Assicurati e in caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, il Contraente si obbliga a rilasciare alla società, una dichiarazione che attesti:

1. che l'assicurato, indicandone la Categoria di appartenenza (A o B o C ecc.), al momento del sinistro si trovava in una delle suindicate situazioni;
2. generalità complete dell'Assicurato;
3. luogo, data, ora e descrizione dell'accaduto.

**Somme assicurate pro-capite**

Morte	Euro 50.000,00
Invalidità Permanente	Euro 60.000,00

**Franchigie**

Nessuno scoperto o franchigia graverà su questa categoria rispetto alla Invalidità Permanente.

**Calcolo del Premio**

Premio annuo lordo pro-capite	Euro ...
Assicurati Preventivati	n° 0
Premio annuo lordo anticipato	Euro ...

**Categoria C**

**Utenti del servizio socio - assistenziale (a titolo esemplificativo e non esaustivo minori disabili, disabili, anziani ecc.)**

La garanzia è riferita agli infortuni subiti durante le attività a loro dedicate svolte dagli operatori.

La garanzia è prestata altresì durante lo svolgimento delle attività ricreative, ludiche, sportive, didattiche ovunque, purché sotto la sorveglianza di personale preposto, compresi viaggi, gite collettive e/o soggiorni estivi, organizzate dal Contraente. La garanzia decorre dal momento in cui i ragazzi vengono presi in consegna dal personale preposto e cessa al momento della cessazione dell'attività e/o della loro riconsegna ai rispettivi famigliari o a chi per essi.

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità degli Assicurati e in caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, il Contraente si obbliga a rilasciare alla società, una dichiarazione che attesti:

1. che l'assicurato, indicandone la Categoria di appartenenza (A o B o C ecc.), al momento del sinistro si trovava in una delle suindicate situazioni;
2. generalità complete dell'Assicurato;
3. luogo, data, ora e descrizione dell'accaduto.

**Somme assicurate pro-capite**

Morte	Euro 50.000,00
Invalidità Permanente	Euro 60.000,00

**Franchigie**

Nessuno scoperto o franchigia graverà su questa categoria rispetto alla Invalidità Permanente.

**Calcolo del Premio**

Premio annuo lordo pro capite	Euro ...
Assicurati preventivati	<b>N°0</b>
Premio annuo lordo anticipato	Euro ...