



COMUNE DI ALBANO SANT'ALESSANDRO
(Provincia di Bergamo)

SERVIZI ASSICURATIVI DEL COMUNE

CAPITOLATO PER COPERTURA ASSICURATIVA INFORTUNI -CIG ZB31BD6EAE

Contraente: COMUNE DI ALBANO S.A.

Durata del Contratto: dalle ore 24 del 31-12-2016

Alle ore 24 del 31-12-2018

L'invito viene effettuato anche a Broker Assicurativi, quindi sarà ritenuta valida l'offerta prodotta dal Broker – Il relativo contratto sarà stipulato direttamente con la Compagnia Assicurativa.

La Società o il Broker che si aggiudicherà la gara dovrà garantire la presenza presso la sede comunale per il disbrigo pratiche burocratiche, qualora richiesto dal committente.

SEZ. 1 NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art.1 – Dichiarazioni relative alla circostanza del rischio

L'omissione da parte del contraente e dell'assicurato di qualsiasi circostanza eventualmente aggravante il rischio, così come le inesatte e/o incomplete dichiarazioni rese all'atto della stipula della assicurazione o durante il corso della stessa, non comportano decadenze del diritto al risarcimento dei danni né riduzione dello stesso, sempreché tali omissioni o inesatte dichiarazioni siano state fatte senza dolo, fermo restando il diritto dell'assicuratore al premio per l'eventuale maggiore rischio corso.

L'Assicuratore non potrà altresì esercitare il proprio diritto di recesso, in deroga al disposto degli artt. 1892, 1893 e 1898 del c.c.

Art.2 – Assicurazione presso diversi assicuratori

Il Contraente o l'Assicurato devono comunicare per iscritto alla Società l'esistenza o la successiva stipula di altre assicurazioni per lo stesso rischio e garanzie. In caso di sinistro il contraente deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri ai sensi dell'art. 1910 c.c.

Art. 3 – Durata della assicurazione

L'Assicurazione ha validità dalle ore 24:00 del 31.12.2016 alle ore 24:00 del 31.12.2018 con rescindibilità annuale. Le Parti si riservano la facoltà di rescindere il contratto al termine di ciascun anno di assicurazione mediante preavviso scritto, spedito almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza da parte della Contraente/Assicurato e 90 (novanta) giorni prima da parte della Società Assicuratrice, fatta salva, per l'Assicurato di avvalersi della proroga di cui all'art. 4, ai fini dell'espletamento di nuova gara.

Art. 4 – Proroga della assicurazione.

Alla scadenza del 31 dicembre il contratto si intende cessato come stabilito al precedente art. 43. Ove ne ricorrano le condizioni previste dalla Legge il Contraente potrà richiedere alla Società, entro 90 giorni dalla scadenza del contratto il rinnovo dello stesso di anno in anno o per una durata massima pari a quella originaria, alle medesime condizioni normative e tariffarie. La Società dovrà dare comunicazione scritta al contraente delle proprie decisioni entro 15 giorni dal ricevimento della richiesta.

Qualora la Società non conceda il rinnovo di cui al comma precedente, la Società stessa si obbliga, su richiesta del Contraente, a prorogare la presente assicurazione fino all'espletamento delle procedure di aggiudicazione della nuova assicurazione, per un massimo di 120 giorni.

Art. 5 – Modifiche della assicurazione.

le eventuali modificazioni dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

Le parti prendono e danno reciprocamente atto che ai sensi dell'art. 106 del D. Lgs. 50/2016 "Codice degli Appalti" durante il decorso del rapporto contrattuale si potrà addivenire ad una revisione delle condizioni normative e di premio indicate in polizza, laddove ricorrano elementi idonei a giustificare una loro variazione.

La revisione verrà operata, nell'accordo delle parti, sulla base di un'istruttoria condotta tenuto conto delle disposizioni di cui al citato articolo.

Nessuna variazione delle condizioni contrattuali potrà essere posta in essere ed avrà efficacia se non previo accordo scritto di entrambe le parti contrattuali.

Art. 6 – Aggravamento del rischio

Il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni elemento che potrebbe essere causa di aggravamento del rischio.

Gli aggravamenti del rischio non noti possono comportare la perdita totale o parziale del diritto al risarcimento nonché la stessa cessazione della assicurazione. La Società ha il diritto peraltro di recedere dal contratto nel caso in cui l'aggravamento del rischio comporta un aumento del premio dovuto dal Contraente e da questi non accettato.

Art. 7 - Diminuzione del rischio

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta alla riduzione del premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente ai sensi dell'art. 1897 c.c. Resta ferma comunque la facoltà dell'Assicuratore di recedere dal contratto.

Art. 8 - Denuncia del sinistro

La denuncia del sinistro deve essere fatta alla Società entro 15 giorni lavorativi dalla data di accadimento o dal momento in cui il Contraente ne è venuto a conoscenza.

Art. 9 – Rinuncia alla rivalsa.

A parziale deroga dell'art.1916 c.c. la Società rinuncia, salvo il caso di dolo, alla azione di rivalsa nei confronti di: dipendenti, persone di cui il contraente e/o l'assicurato si avvale a qualunque titolo, utenti, fornitori nonché nei confronti di gruppi, associazioni, patronati ed Enti in genere senza scopo di lucro, che possano collaborare con il Contraente per le sue attività od utilizzare i suoi

locali, attrezzature ed altri beni garantiti dalla presente polizza. La Società rinuncia altresì, salvo il caso di dolo, all'azione di surroga nei confronti di proprietari e sublocatari dei beni di cui alle varie partite, tenuti in locazione.

Art. 10 – Dolo e colpa grave.

La Società risponde per i danni derivanti dagli eventi per i quali è prestata l'assicurazione anche se determinati da dolo o colpa grave delle persone di cui l'Assicurato deve rispondere a norma di legge, escluso il legale rappresentante dell'Ente. La Società risponde dei danni derivanti da eventi per i quali è prestata la garanzia anche se causati da colpa grave del Legale Rappresentante dell'Ente.

Art. 11 – Oneri fiscali

Tutti gli oneri fiscali relativi al presente contratto, sono a carico del Contraente.

Art. 12 – Controversie - Foro competente

Le eventuali controversie che dovessero insorgere durante il periodo di applicazione del presente appalto devono essere risolte con spirito di reciproca comprensione.

L'Autorità giudiziaria ordinaria del Foro di Bergamo è comunque competente in base al Codice di procedura civile per tutte le controversie relative ai patti convenuti e non diversamente componibili secondo lo spirito di cui al precedente comma.

Le spese di giudizio saranno a carico della parte soccombente.

Art. 13 – Clausola di rinvio

Per quanto non espressamente derogato dalle Condizioni Generali e Particolari qui riportate, sin intendono operanti le norma a stampa del Modello di polizza.

Art. 14 – 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.

Art. 15 - Pagamento del Premio

A parziale deroga dell' art. 1901 del C.C. le garanzie saranno valide anche se il Premio sarà corrisposto entro **90 giorni** successivi alla data di decorrenza della suddetta Polizza. Se l'Assicurato non paga i Premi o le rate di Premio successive, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del **60° giorno** dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze (art. 1901 C.C.).

A richiesta del Contraente, la Società si impegna a prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche in vigore, per un periodo massimo di **180 (centottanta) giorni**. Il relativo rateo di premio dovrà essere anticipato in via provvisoria in misura proporzionale alla durata richiesta ed il pagamento dovrà essere effettuato entro **60 giorni** dalla data di effetto dell'appendice di proroga.

Art. 16 – Obblighi inerenti la tracciabilità dei flussi finanziari in base alla Legge n. 136/2010

a) La Società appaltatrice è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi di tracciabilità previsti dalla legge n. 136/2010.

b) Nel caso in cui la Società, nei rapporti nascenti con i propri eventuali subappaltatori, subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, abbia notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria di cui all'art. 3 della legge n. 136/2010 ne dà immediata comunicazione alla Stazione Appaltante ed alla Prefettura-ufficio territoriale del Governo della Provincia ove ha sede la Stazione appaltante.

c) L'Amministrazione può verificare, in occasione di ogni pagamento all'appaltatore e con interventi di controllo ulteriori, l'assolvimento da parte dello stesso, dei subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, agli obblighi relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari.

La Società s'impegna a fornire ogni documentazione atta a comprovare il rispetto, da parte propria nonché dei subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, degli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla legge n. 136/2010.

d) Secondo quanto previsto dall'art. 3 comma 9 bis della legge n. 136/2010, il mancato utilizzo del bonifico bancario o postale ovvero degli altri strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni, nelle transazioni finanziarie relative a pagamenti effettuati dagli appaltatori, subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, costituisce causa di risoluzione del contratto ai sensi dell'art. 1456 C.C.. La risoluzione si verifica quando la parte interessata dichiara all'altra che intende valersi della presente clausola risolutiva. La risoluzione, in base all'art. 1458 c.c., non si estende alle obbligazioni della Società derivanti da sinistri verificatisi antecedentemente alla risoluzione del contratto.

Art. 17 - Riservatezza dei dati personali: La Società diviene titolare autonomo del trattamento dei terzi (danneggiati, ecc.) coinvolti nel rapporto assicurativo tra il Comune e la Società.

Art. 18 - Rinvio alle norme di Legge: per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di Legge.

SEZ. 2 NORME CHE REGOLANO LA POLIZZA DI INFORTUNI CUMULATIVI

ARTICOLO 1 - Oggetto dell'assicurazione

L'Assicurazione è prestata esclusivamente per gli infortuni che possano subire le persone assicurate durante l'espletamento delle funzioni connesse alle mansioni, funzioni, incarichi, cariche, anche durante la partecipazione a tutte le riunioni e per incarichi saltuari conferiti ai singoli. L'Assicurazione comprende gli infortuni che si possono verificare durante i viaggi di trasferimento resi necessari dall'espletamento delle funzioni predette effettuate, oltre che a piedi, con uso e guida dei normali mezzi di locomozione compresi i motocicli.

ARTICOLO 2 - 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 con altre Società.

ARTICOLO 3 - Infermità, Mutilazioni, Difetti fisici

Il Contraente è esonerato dalla denuncia di infermità, difetti fisici o mutilazione, da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire.

ARTICOLO 4 - Guida di qualsiasi veicolo o natante a motore

L'Assicurazione vale anche per gli infortuni derivanti dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, a condizione che l'Assicurato sia in possesso di regolare patente di abilitazione alla guida, ove prescritto.

ARTICOLO 5 - Ubriachezza

L'Assicurazione vale anche per gli infortuni subiti dall'Assicurato in stato di ubriachezza, esclusi comunque quelli conseguenti alla guida di mezzi di locomozione.

ARTICOLO 6 - Estensione di garanzia

Sono pure compresi in garanzia:

- l'asfissia non di origine morbosa;
 - gli avvelenamenti da ingestione o assorbimento di sostanze;
 - l'annegamento, l'assideramento o il congelamento;
 - i colpi di sole o di calore, l'azione del fulmine;
- i morsi di animali, l'avvelenamento da punture di insetti o di aracnidi;
le lesioni determinate da sforzi;
gli infortuni sofferti in stato di malore o incoscienza, gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza gravi;
gli infortuni derivanti da aggressioni od atti violenti anche se abbiano movente politico, sociale o sindacale, purché l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva o volontaria;
le conseguenze di operazioni chirurgiche o di trattamenti resi necessari da infortuni indennizzabili a termini di polizza;
gli infortuni derivanti da movimenti tellurici, inondazioni, eruzioni vulcaniche;
gli infortuni derivanti da pratiche sportive non professionali ad eccezione del paracadutismo e sports aerei in genere;
gli infortuni avvenuti all'estero derivanti da stato di guerra, insurrezione, invasione, atti nemici, ostilità (sia che la guerra sia dichiarata o non), per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio dell'ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero.

ARTICOLO 7 – Garanzie – inabilità temporanea

Se l'infortunio, indennizzabile a termini di polizza, ha per conseguenza una inabilità temporanea, l'indennità relativa è dovuta:

1. integralmente, per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle sue normali occupazioni;
2. al 50% per ogni giorno in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle sue normali occupazioni.

L'indennità per inabilità temporanea viene corrisposta per un periodo massimo di 365 giorni per sinistro e decorre dalle ore 24 del giorno dell'infortunio regolarmente denunciato, o, in caso di ritardo, dalle ore 24 del giorno della denuncia.

Nel caso in cui l'Assicurato non abbia rinnovato i certificati medici, la liquidazione dell'indennizzo viene fatta considerando quale data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che la Compagnia possa stabilire una data anteriore.

A parziale deroga del precedente comma e salve le diverse pattuizioni eventualmente stabilite nella scheda di polizza, i giorni indennizzabili verranno calcolati con detrazione di una franchigia pari a 7 giorni.

ARTICOLO 8 – Garanzie – Indennità giornaliera in caso di ricovero o di gessatura per infortunio

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza che abbia comportato ricovero e per il quale l'Assicurato non abbia richiesto alcun rimborso per rette di degenza, la Compagnia corrisponde un'indennità per ogni giorno di ricovero, nella misura stabilita nella scheda di polizza, per un periodo massimo di 180 giorni. L'indennità decorre dalle ore 24 del giorno del ricovero.

Qualora durante il ricovero sia stata applicata una gessatura, l'indennità suddetta verrà corrisposta anche per il periodo trascorso fuori dall'istituto di cura e sino al giorno di rimozione della gessatura stessa, con il massimo di 30 giorni per evento.

Resta comunque fermo il periodo massimo di 180 giorni comprensivo del periodo di ricovero e di gessatura post-ricovero.

L'indennità di gessatura verrà corrisposta, anche se non vi è stato ricovero, dalle ore 24 del giorno di applicazione e sino al giorno di rimozione della gessatura stessa, con il massimo di 30 giorni per evento; detto limite è ridotto a 20 giorni in caso di applicazione del collare di Schanz o assimilabili

per traumi distorsivi al rachide cervicale senza lesione mio-capsulo-legamentosa-scheletrica documentata da accertamenti strumentali.

ARTICOLO 9 – Garanzie – Rimborso spese di cura rese necessarie da infortunio

Se l'infortunio, indennizzabile a termini di polizza, comporta spese di cura, la Compagnia – fino a concorrenza del massimale prescelto – rimborsa le spese, sostenute nei 360 giorni successivi al sinistro:

1. per visite mediche, analisi ed esami strumentali e di laboratorio,
2. per trattamenti fisioterapici e rieducativi,
3. per trasporto sanitario dell'Assicurato, con qualunque mezzo, con il limite di euro 1.000,00 per sinistro,
4. per rette di degenza,
5. per onorari del chirurgo, dell'aiuto-chirurgo, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, per i diritti di sala operatoria e per il materiale d'intervento.

La Compagnia rimborsa altresì le spese per cure (escluse le protesi) e medicinali sostenute durante il ricovero e nei 90 giorni successivi all'intervento chirurgico o alla cessazione del ricovero.

ARTICOLO 10 - Rischi esclusi

Sono esclusi dall'assicurazione infortuni i rischi derivanti:

dall'uso anche come passeggero di aeromobili, compresi i deltaplani ed ultraleggeri, salvo quanto disposto dall'art. "**Rischio volo**";

dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, alpinismo con scalata di rocce o ghiacciai, speleologia, salto dal trampolino con sci od idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, paracadutismo, parapendio e sport aerei in genere;

da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;

da guerre, insurrezioni, salvo quanto disposto dall'art. "**Morte presunta**";

da trasmutazione del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti;

da reati dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato.

ARTICOLO 11 - Rischio volo

L'assicurazione è estesa agli infortuni subiti dall'Assicurato durante i viaggi aerei effettuati, come passeggero (ma non come pilota o altro membro dell'equipaggio) su velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linee aeree regolari, compresi i voli charter, i voli straordinari gestiti da società di traffico regolare e su aeromobili militari in regolare traffico civile, nonché i voli di trasferimento su velivoli di ditte o privati condotti da piloti professionisti escluse, per questi ultimi, le trasvolate oceaniche. Restano esplicitamente esclusi i voli effettuati su velivoli ed elicotteri di proprietà di aeroclubs, del Contraente o dell'Assicurato stesso. Sono inoltre compresi gli eventuali infortuni che dovessero verificarsi in conseguenza di forzato dirottamento compreso quindi l'eventuale viaggio aereo di trasferimento dal luogo dove l'Assicurato fosse stato dirottato fino alla località di arrivo definitiva prevista dal biglietto aereo.

ARTICOLO 12 - Morte

L'indennizzo per il caso di morte è dovuto se la morte stessa si verifica anche successivamente alla scadenza della polizza – entro due anni dal giorno dell'infortunio. Tale indennizzo viene liquidato ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali. L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, gli eredi e/o i beneficiari dell'Assicurato hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per morte – se superiore – e quello già pagato per invalidità permanente.

ARTICOLO 13 - Morte presunta

Se il corpo dell'Assicurato non viene ritrovato entro un anno a seguito di infortunio indennizzabile a termine di polizza e si presume sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali, il capitale previsto in 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 del c.c. Resta inteso che, se dopo che la Società ha pagato l'indennità, risulterà che l'Assicurato è vivo la Società avrà diritto alla restituzione della somma pagata. A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita.

ARTICOLO 14 - 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 Testo Unico sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali (con l'esclusione comunque di ogni e qualsiasi invalidità conseguente a malattia professionale) approvata con DPR del 30.6.1965 n°1124, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista. Per gli Assicurati mancini le percentuali di invalidità permanente previste dalla precitata 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% (cento per cento) della somma assicurata per il caso di invalidità permanente totale. La 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 dalla 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. 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.

ARTICOLO 15 - Mancinismo

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

ARTICOLO 16 - 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.

ARTICOLO 17 - Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano da considerarsi indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto 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 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 derivante dalle condizioni preesistenti.

ARTICOLO 18 - Denuncia dell'infortunio – Obblighi relativi

La denuncia di ogni infortunio deve essere fatta alla Direzione Generale ovvero alla Rappresentanza periferica cui la polizza è assegnata, oppure al mandatario scelto dall'Assicurato/Contraente e riconosciuto dalla Società, entro quindici giorni dall'infortunio stesso o dal momento in cui l'Assicurato/Contraente, o i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità. La denuncia deve indicare il luogo, giorno ed ora dell'evento e deve essere corredata da un certificato medico. Se l'infortunio risulta nella morte dell'Assicurato, la Società deve essere informata entro le quarantotto ore lavorative per telegramma. L'Assicurato è obbligato a mettersi sotto cure mediche immediatamente dopo l'infortunio, a seguire le prescrizioni mediche ed a trattenersi dal commettere atti che possono ostacolare la cura e l'abilità di ricominciare il lavoro.

ARTICOLO 19 - Controversie

In caso di divergenze sulla natura e sulle conseguenze delle lesioni, sul grado di invalidità permanente, le Parti si obbligano a conferire mandato, con scrittura privata, ad un Collegio di tre medici di decidere a norma e nei limiti delle Condizioni di Polizza. Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge. La proposta di convocare il Collegio Medico deve partire dall'Assicurato o dagli aventi diritto e deve essere fatta per iscritto con l'indicazione del nome del medico designato, dopo di che la Società comunica all'Assicurato il nome del medico che essa a sua volta designa. Il terzo medico viene scelto dalle Parti sopra una terna di medici proposta dai primi due; in caso di disaccordo lo designa il Segretario dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio Medico. Nominato il terzo medico, la Società convoca il Collegio invitando l'Assicurato a presentarsi. Il Collegio Medico risiede presso la sede del Contraente. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico. La decisione del Collegio Medico è obbligatoria per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

ARTICOLO 20 - Generalità delle persone assicurate

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate e gli estremi di identificazione dei mezzi di trasporto. Per la identificazione di tali persone e di tali mezzi, si farà riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione del Contraente, libri che questi si obbliga ad esibire in qualsiasi momento, insieme ad ogni altro documento probatorio in suo possesso, a semplice richiesta delle persone incaricate dalla Società di fare accertamenti e controlli. Sono ammessi al beneficio dell'assicurazione tutti indistintamente gli assicurati e ciò indipendentemente dalle loro eventuali condizioni anormali di salute o da pregresse minorazioni fisiche o mutilazioni delle quali gli assicurati stessi risultassero affetti. Il Contraente è pertanto esonerato dall'obbligo della denuncia delle infermità, difetti fisici e mutilazioni, da cui gli assicurati fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire, come è pure esonerato dall'obbligo di denunciare le altre eventuali assicurazioni che i singoli assicurati avessero in corso o stipulassero in proprio per lo stesso rischio.

ARTICOLO 21 - Regolazione del premio

Essendo il premio convenuto in base ad elementi di rischio variabili, esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza ed 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 come base per il conteggio del premio, fermo il premio minimo stabilito in 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 necessari e cioè a seconda del caso, l'indicazione dei seguenti dati meglio specificati nelle sezioni sotto indicate.

ARTICOLO 22 - Responsabilità civile del Contraente

In caso di responsabilità civile del Contraente, la Società risponde delle maggiori somme che il Contraente fosse tenuto a pagare rispettivamente per morte o per invalidità permanente, in eccedenza all'indennizzo liquidato in base alla presente polizza. La garanzia è prestata per ciascun Assicurato fino alla concorrenza di un ulteriore importo uguale a quello di detto indennizzo. La garanzia vale anche nei confronti di eventuali pretese avanzate verso il Contraente da altri aventi diritto al risarcimento diversi dai beneficiari designati in polizza, in concorso o meno con quelle dei beneficiari designati in polizza. La Società assume, fino a quando ne ha interesse, sostenendone le spese a termini di legge, la gestione delle vertenze, tanto in sede giudiziale che stragiudiziale, sia civili che penali, a nome del Contraente, avvalendosi di tutti i diritti e le azioni che a lui competono. Il Contraente, pertanto, è tenuto ad informare tempestivamente la Società delle pretese avanzate dagli infortunati o dai beneficiari o aventi diritto e di ogni causa civile o penale da essi iniziata, trasmettendo in ogni caso documenti, notizie e quant'altro riguarda la vertenza. Qualora l'infortunato o gli anzidetti beneficiari recedano dall'azione di responsabilità civile, o rimangano in essa soccombenti, l'indennità accantonata viene agli stessi pagata sotto deduzione, a favore del Contraente, delle spese di causa da esso sostenute.

CATEGORIE ASSICURATI

1 – AMMINISTRATORI

L'Assicurazione copre per le garanzie ed i massimali sotto riportati il Sindaco, gli Assessori ed i Consiglieri comunali.

2 – DIPENDENTI

L'Assicurazione copre per le garanzie ed i massimali sotto riportati i Dipendenti del Comune, il Segretario comunale.

3 – LAVORATORI SOCIALMENTE UTILI

L'Assicurazione copre per le garanzie ed i massimali sotto riportati i Lavoratori socialmente utili impiegati dal Comune di Albano S.A. ai sensi (art. 14 del D.L. 16-5-1994, nr. 299, convertito in L. 19-7-1994, nr. 451; comma 3 dell'art. 1 del D.L. 1-10-1996, nr. 510, convertito in legge 28-11-1996, nr. 608; D. Lgs. 1-12-1997, nr. 468)

4 – VOLONTARI

L'Assicurazione copre per le garanzie ed i massimali sotto riportati per i volontari, anche ultrasessantacinquenni, addetti ad attività diverse svolte per conto del Comune di Albano S.Alessandro (D.M. 14-2-1992 – Legge quadro sul volontariato 266/1991).

A titolo esemplificativo e non esaustivo: interventi verde pubblico – pulizia giardini – parchi etc. – sorveglianza bambini all'entrata/uscita dalle scuole – animazione – attività culturali e ricreative – trasporti etc. La polizza copre morte – infortuni – malattie contratte a causa delle prestazioni svolte.

L'attività è svolta a titolo gratuito.

5 – VOLONTARI SERVIZIO CIVILE

L'Assicurazione copre per le garanzie ed i massimali sotto riportati per i volontari del servizio civile, leva civica.

6 – STAGISTI E TIROCINANTI

L'Assicurazione copre per le garanzie ed i massimali sotto riportati per stagisti e tirocinanti.

7 – PARTECIPANTI ATTIVITA' COMUNALI

L'Assicurazione copre per le garanzie ed i massimali sotto riportati per gli utenti ed i partecipanti alle attività organizzate dal Comune a titolo continuativo. A titolo esemplificativo e non esaustivo: ludoteca – biblioteca – casa famiglia – trasporto anziani – spazio compiti – trasporti – mensa - cre estivo - progetto giovani –

Attività espletate appalto di servizi: ludoteca – trasporto anziani – spazio compiti – trasporti – mensa - cre estivo - progetto giovani

Attività espletate in forma mista appalto di servizi/personale: casa famiglia

Attività espletate mediante utilizzo di personale dipendente: biblioteca

8 – CONDUCENTI NON IDENTIFICATI

L'Assicurazione copre per le garanzie ed i massimali sotto riportati i conducenti (non dipendenti del Comune di Albano S. Alessandro) in occasione della guida dei veicoli di proprietà del Comune, di proprietà di terzi ed in uso esclusivo al Comune o in locazione o comodato al Comune di Albano S. Alessandro.

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

MASSIMALI GARANTITI - MINIMI RICHIESTI

| GARANZIA | MASSIMALE PER PERSONA Minimo garantito | EVENTUALE FRANCHIGIA Massima |
|---|---|---|
| CASO MORTE | 250.000,00 | == |
| CASO INVALIDITA' PERMANENTE | 200.000,00 | 3% |
| DIARIA PER INABILITA' TEMPORANEA | 50,00 | 7 gg |
| DIARIA PER RICOVERO | 50,00 | == |
| SPESE MEDICHE E FARMACEUTICHE DA INFORTUNIO | 5.000,00 | == |

DATI INDICATIVI PER STIMA POLIZZA - ANNO 2015

| CATEGORIA | PARAMETRO |
|----------------------------------|-------------------|
| AMMINISTRATORI | 13 |
| STIPENDI DIPENDENTI | 744.750,40 |
| L.S.U. | 10 |
| VOLONTARI | 55 |
| STAGISTI/VOLONTARI CIVILI | 5 |