

Lotto 2 - Assicurazione INFORTUNI CUMULATIVA

COMUNE DI CASTROVILLARI
Piazza Municipio
87012 Castrovilliari (CS)
C.F.: 83000330783

Polizza di Assicurazione:

INFORTUNI CUMULATIVA

Decorrenza ore 24,00 del

30/12/2016

Scadenza ore 24,00 del

30/06/2018

Rateazione: Semestrale

DEFINIZIONI

Nel testo che segue, si debbono intendere per:

Assicurato	il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione
Assicurazione	il contratto con il quale la Società, verso pagamento di un premio, si obbliga a corrispondere l'indennizzo pattuito al verificarsi di un evento attinente alla vita umana
Contraente	Il soggetto che stipula l'assicurazione
Franchigia	La parte del danno che è esclusa dall'indennizzo
Indennizzo	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro
Infortunio	L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni fisiche obiettivamente constatabili le quali abbiano per conseguenza la Morte o una Invalidità Permanente.
Infortunio Professionale	L'infortunio verificatosi durante lo svolgimento delle occupazioni professionali principali ed accessorie dichiarate.
Infortunio Extra-Professionale	L'infortunio verificatosi durante lo svolgimento di ogni attività di natura non professionale.
Inabilità Temporanea	La temporanea incapacità fisica dell'Assicurato ad attendere alle occupazioni professionali svolte.
Invalidità Permanente	La perdita o riduzione definitiva ed irrecuperabile della capacità generica dell'Assicurato ad attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.
Istituto di Cura	L'ospedale pubblico, la clinica e la casa di cura convenzionati e non con il Servizio Sanitario Nazionale, regolarmente autorizzati al ricovero dei malati, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno.
Polizza	Il documento che prova l'assicurazione.
Premio	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
Ricovero	La degenza in un istituto di cura che comporti pernottamento.

Capitolato Speciale per l'assicurazione INFORTUNI CUMULATIVA
Comune di Castrovilliari

Rischio	La probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.
Sinistro	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.
Società	La Compagnia di assicurazioni che presta la garanzia.
Broker	L'incaricato dal Contraente, quale Broker di Assicurazione dell'Ente, cui sono affidate la gestione e l'esecuzione dei contratti

Spazio lasciato intenzionalmente in bianco, fino alla fine della presente pagina

SEZIONE 1 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o 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 Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Art. 2 - ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente è tenuto a denunciare alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre polizze riguardanti prestazioni analoghe per le stesse persone assicurate con il presente contratto. La Società, entro 30 giorni dalla comunicazione, ha facoltà di recedere dal contratto con preavviso di almeno 15 giorni. In tal caso la società rimborsa la quota di premio netto relativa al periodo di rischio non corso. In caso di mancata comunicazione l'indennizzo dovuto è ridotto nella proporzione esistente tra la somma assicurata con la presente polizza e la somma complessivamente assicurata con tutti i contratti. Se il contraente omette dolosamente la comunicazione, la Società non è tenuta a pagare l'indennizzo.

Art. 3 - DECORRENZA E DURATA DELL'ASSICURAZIONE - PAGAMENTO DEL PREMIO

La presente assicurazione di durata anni 1 e mesi 6, ha effetto e copertura automaticamente dalle ore 24,00 del giorno 30/12/2016 e scadenza alle ore 24,00 del giorno 30/06/2018 con rateo iniziale e rateazione semestrale, senza tacito rinnovo. L'assicurazione ha effetto dalle ore 24,00 del giorno indicato ancorché il premio venga versato entro i 60 giorni successivi al medesimo.

La Società conviene altresì che, in caso di contratto pluriennale, è facoltà della Contraente disdettare l'assicurazione ad ogni ricorrenza annuale, mediante avviso da inviare almeno 60 giorni prima della scadenza.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 60° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze. I premi devono essere pagati alla Società alla quale è assegnato il contratto.

Ai sensi dell'art. 48 e 48 bis del DPR 602/1973 la Società da atto che:

- l'Assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuata dal Contraente ai sensi del D. M. E. F. del 18 gennaio 2008 n° 40, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'art. 3 del Decreto;
- Il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'art. 72 bis del DPR 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 c.c. nei confronti della Società stessa.

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

Art. 4 - REGOLAZIONE DEL PREMIO

a) Determinazione del premio

Se il premio è 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 o alla scadenza del contratto di durata inferiore all'anno, 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 60 giorni dalla fine di ogni periodo assicurativo il Contraente deve fornire per iscritto alla Società i dati definitivi relativi agli elementi variabili contemplati in polizza, necessari al calcolo del premio di regolazione.

Le differenze, attive o passive, risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei 30 giorni successivi alla emissione della relativa appendice.

Ai sensi dell'art. 48 e 48 bis del DPR 602/1973 la Società da atto che:

- l'Assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuata dal Contraente ai sensi del D. M. E. F. del 18 gennaio 2008 n° 40, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'art. 3 del Decreto;
- Il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'art. 72 bis del DPR 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 c.c. nei confronti della Società stessa.

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

b) Premio anticipato

Qualora all'atto della regolazione annuale, il consuntivo superi il doppio di quanto preso come base per la determinazione del premio dovuto in via anticipata, quest'ultimo viene rettificato, a partire dalla prima scadenza annua successiva alla regolazione, sulla base di un'adeguata rivalutazione del preventivo.

L'ammontare dell'elemento variabile preso come base per la determinazione del calcolo del nuovo premio di rinnovo non può essere comunque inferiore al 75% di quello dell'ultimo consuntivo.

c) Accertamenti e controlli

La Società ha diritto di effettuare in qualunque momento verifiche e controlli per i quali il Contraente si impegna a fornire i chiarimenti, i libri di amministrazione e la documentazione necessaria, a semplice richiesta delle persone incaricate dalla Società di eseguire gli accertamenti.

d) Omessa regolazione

Qualora il Contraente:

- ometta di comunicare alla Società i dati definitivi relativi agli elementi variabili contemplati in polizza necessari al calcolo del premio di regolazione oppure,
- ometta il pagamento della differenza attiva dovuta alla Società oppure,
- dichiari inesatti o incompleti consuntivi degli elementi variabili e la regolazione del premio risultasse calcolata su basi minori di quelle effettive,

gli eventuali sinistri accaduti nel periodo a cui la regolazione si riferisce verranno indennizzati in proporzione diretta al rapporto tra il premio anticipato in via provvisoria e quello effettivamente dovuto (somma tra il premio anticipato e quello di regolazione). Per detti sinistri la Società ha diritto a recuperare quanto eventualmente già pagato più del dovuto.

Qualora ricorra quanto sopra previsto, la Società ha facoltà di comunicare per raccomandata la risoluzione del contratto, fermo restando il suo diritto di agire giudizialmente per il recupero dei premi non versati.

Art. 5 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

Art. 6 - AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio.

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi dell'Art. 1898 C.C.

Art 7 - DIMINUZIONE DEL RISCHIO

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

Art. 8 - RECESSO DAL CONTRATTO ED ANTICIPATA RISOLUZIONE

Dopo ogni denuncia di sinistro e sino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società può recedere dall'assicurazione con preavviso di trenta giorni.

In tal caso, salvo che il premio sia convenuto in tutto od in parte, in base ad elementi di rischio variabile, la Società mette a disposizione del Contraente, la quota di premio imponibile relativa al periodo di rischio non corso, al netto delle imposte.

La riscossione dei premi venuti a scadenza dopo la denuncia dell'infortunio o qualunque altro atto della Società non potranno essere interpretati come rinuncia della Società stessa a valersi della facoltà di recesso.

Art. 9 - PROROGA DEL CONTRATTO

Alla scadenza prevista la polizza si intenderà cessata senza obbligo di preventiva disdetta, fatte salve eventuali previsioni di legge circa la possibilità di rinnovare il contratto a seguito di accordo tra le Parti.

E' facoltà dell'Ente Contraente, entro la scadenza, richiedere alla Società la proroga della presente assicurazione, fino al completo espletamento delle procedure di aggiudicazione della nuova assicurazione.

La Società si impegna a prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni, contrattuali ed economiche in vigore, per un periodo massimo di 180 giorni ed il relativo rateo di premio aggiuntivo, calcolato in 6/12 mi del premio annuale in corso, verrà corrisposto entro 30 giorni dall'inizio della proroga.

In tal caso la regolazione del premio avverrà, con le modalità previste dal precedente Art.4, successivamente al termine del periodo di proroga.

Art. 10 - FORMA DELLE COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente, l'Assicurato o i beneficiari sono tenuti, hanno efficacia solo se fatte a mezzo lettera raccomandata indirizzata alla Società oppure al Broker alla quale è assegnato il contratto.

Art. 11 – GESTIONE POLIZZA E CLAUSOLA BROKER

Il Contraente dichiara di aver affidato la gestione del presente contratto alla società di brokeraggio PBAI S.r.l. – Gestioni Assicurative e Sinistri.

Di conseguenza tutti i rapporti, comunicazioni e dichiarazioni inerenti a questa polizza saranno svolti dall'Assicurato per il tramite del suddetto Broker, il quale tratterà con la Compagnia Delegataria.

Il Broker è altresì autorizzato ad effettuare l'incasso dei premi, rilasciando apposita quietanza.

Art. 12 -ONERI FISCALI

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

Art. 13 - COMPETENZA TERRITORIALE

Per ogni controversia diversa da quella prevista dall'articolo precedente, a meno che non sia specificamente concordato tra le parti, il foro competente, a scelta della Parte attrice è esclusivamente quello dell'Autorità Giudiziaria dove ha sede l'Assicurato.

Art. 14 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

Art. 15 - RINUNCIA ALLA RIVALSA

La Società rinuncia ad avvalersi del disposto dell'articolo 1916 del Codice Civile verso i responsabili del sinistro.

Spazio lasciato intenzionalmente in bianco, fino alla fine della presente pagina

SEZIONE 2 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Art. 16 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione vale per:

a) Gli infortuni professionali;

Sono compresi in garanzia anche:

- l'asfissia causata da fuga di gas o vapore;
- le conseguenze di ingestione o assorbimento di sostanze, compresi l'avvelenamento e le lesioni da contatto con sostanze corrosive;
- le alterazioni patologiche conseguenti a morsi di animali e punture d'insetti escluse la malaria e le malattie tropicali;
- l'annegamento, l'assideramento o congelamento, la folgorazione, i colpi di sole o di calore e altre influenze termiche ed atmosferiche;
- le ernie addominali traumatiche e le lesioni da sforzo;
- gli infortuni sofferti in stato di malore, vertigini ed incoscienza;
- gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismo, aggressioni in genere, attentati, rapine, sequestri, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva.

Art. 17 - ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti:

- 1) dalla guida o uso di mezzi di locomozione aerei, salvo quanto previsto per il rischio volo dall'Art. 3) delle condizioni generali di Assicurazione;
- 2) dalla guida di veicoli o natanti, se l'Assicurato non è abilitato alla guida a norma delle disposizioni in vigore;
- 3) dal pilotaggio ed uso di aeromobili, deltaplani, ultraleggeri e parapendio, nonché guida e uso di mezzi subacquei;
- 4) da corse e gare nonché relative prove comportanti l'uso di veicoli, motocicli e/o natanti a motore, salvo che si tratti di gare di regolarità pura;
- 5) dall'abuso di alcolici e di psicofarmaci o dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;
- 6) da atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- 7) da movimenti tellurici, inondazioni, eruzioni vulcaniche, maremoti, alluvioni, frane, valanghe;
- 8) da guerra e insurrezioni;
- 9) da trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizione o radiazioni ionizzanti.
- 10) le rotture sottocutanee di tendini,
- 11) le conseguenze dell'infortunio che si concretizzino nella sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S).

Sono inoltre escluse le conseguenze di interventi chirurgici, accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio, gli infarti miocardici e qualsiasi tipo di ernia, salvo quanto stabilito dall'art. 16.

Art. 18- GARANZIA VOLO

L'assicurazione si intende estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca, in qualità di passeggero, durante i viaggi aerei di trasporto pubblico o privato, su velivoli od elicotteri da chiunque eserciti, esclusi i viaggi effettuati:

- su aeromobili di Società/Aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri;
- su aeromobili in esercenza ad aeroclubs;
- su apparecchi per il volo da diporto o sportivo.

Il viaggio aereo s'intende iniziato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso. Il cumulo delle somme assicurate con la presente polizza o di altre assicurazioni stipulate dalla Società a favore degli stessi assicurati per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni non potrà superare i capitali di:

Per Persona:

€ 1.000.000 = per il caso Morte

€ 1.000.000 = per il caso di Invalidità Permanente

€ 250 = al giorno per il caso di Inabilità Temporanea.

Complessivamente per aeromobile:

€ 5.000.000 = per il caso di Morte

€ 5.000.000 = per il caso di Invalidità Permanente

€ 5.000 = al giorno per il caso di Inabilità Temporanea.

In detta limitazione per aeromobile rientrano anche i capitali riferenti ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze infortuni comuni "cumulative" stipulate dallo stesso Associato. Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedessero gli importi sopra indicati, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno adeguate con riduzione ed imputazione proporzionale sulle singole polizze.

La garanzia di cui al presente articolo non è operativa nel caso di polizza con durata inferiore ad un anno.

Art. 19 - LIMITI DI ETA'

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore ai 75 anni. Per le persone che raggiungono tale età in corso di contratto, l'assicurazione mantiene la sua validità sino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa al compimento di detto termine senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso vengono restituiti al Contraente.

Art. 20 - PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), i soggetti sieropositivi, nonché le persone affette da epilessia o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici. L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi.

Art. 21 - LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 22 - VARIAZIONI NELLE PERSONE ASSICURATE

L'assicurazione vale per le persone designate in polizza se ed in quanto permanga rispetto ad esse il rapporto sulla base del quale fu fatta l'assicurazione.

Le variazioni del personale assicurato devono essere comunicate per iscritto alla Società, la quale ne prende atto con appendice. L'assicurazione rispetto alle nuove persone vale dalle ore 24, del giorno del perfezionamento dell'appendice, con pagamento del maggior premio che risulti dovuto.

La cessazione di singoli assicurati, non seguita da sostituzione, da' luogo a corrispondente riduzione del premio a partire dalla scadenza annuale successiva alla data di comunicazione.

Art. 23 - DENUNCIA DELL'INFORTUNIO E OBBLIGHI RELATIVI

La denuncia dell'infortunio con l'indicazione del luogo, giorno e ora dell'evento e delle cause che lo ha determinato, corredata di certificato medico o della cartella clinica in caso di ricovero, deve essere fatta per iscritto alla Società entro 5 giorni lavorativi dall'infortunio o dal momento in cui il Contraente, l'Assicurato o gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità.

Nel caso di inabilità temporanea, i certificati dovranno essere rinnovati alle rispettive scadenze; in mancanza, la liquidazione dell'indennità viene fatta considerando data di guarigione quella prognosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che la Società possa stabilire una data anteriore. Qualora l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, deve essere dato immediato avviso alla Società.

Art. 24 - CRITERI D' INDENNIZZABILITÀ

L'assicurazione è valida purché la morte, l'invalidità permanente e l'inabilità temporanea si siano verificate entro un anno dal giorno dell'infortunio.

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

Parimenti, nei casi di preesistente mutilazione o difetto fisico, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti, fermo quanto stabilito dal penultimo comma dell'Art. 29).

La liquidazione è effettuata a guarigione avvenuta e dopo gli accertamenti del caso.

La Società non è tenuta a corrispondere anticipo sugli indennizzi. Il pagamento degli indennizzi viene effettuato in Italia in valuta italiana.

Art. 25 - MORTE

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifichi - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro un anno dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto -, la Società liquida la somma assicurata per il caso di morte ai beneficiari designati o, in assenza, agli eredi legittimi e/o testamentari.

Se il decesso avviene all'estero la Società rimborsa le spese sostenute per il trasporto della salma in patria, con il limite del 10% della somma assicurata in caso di morte.

Art. 26 - INVALIDITA' PERMANENTE

La Società garantisce l'indennizzo per invalidità permanente se questa si verifica entro 1 anno dal giorno dell'infortunio, anche successivamente alla scadenza della polizza.

- A) Se l'infortunio ha come conseguenza l'invalidità permanente definitiva totale la Società corrisponde la somma assicurata.
- B) Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente definitiva parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità permanente che va accertato facendo riferimento ai valori delle seguenti menomazioni riportate in tabella. I valori sono da ritenersi quali valori massimi.

Spazio lasciato intenzionalmente in bianco, fino alla fine della presente pagina

TABELLA A
VALUTAZIONI DEL GRADO PERCENTUALE DI INVALIDITA' PERMANENTE
SECONDO I CRITERI STABILITI PER LE ASSICURAZIONI SOCIALI CONTRO GLI
INFORTUNI LEGGE INFORTUNI SUL LAVORO (T.U. 30 /6/1965 - N° 1124)

LESIONE	INDENNITA'	
	A destra	A sinistra
Sordità completa di un orecchio	15%	
Sordità completa bilaterale	60%	
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio	35%	
Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza Possibilità di protesi	40%	
Altre menomazioni della facoltà visiva (si veda la relativa tabella sul retro)	—	
Stenosi nasale assoluta unilaterale	8%	
Stenosi nasale assoluta bilaterale	18%	
Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria:		
a) con possibilità di applicazione di protesi efficace	11%	
b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace	30%	
Perdita di un rene con integrità del rene superstite	25%	
Perdita della milza senza alterazioni della crasi asmatica	15%	
Per la perdita di un testicolo non si corrispondono indennità	—	
Esiti della frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazione dei movimenti del braccio	5%	
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo omerale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola	50%	40%
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo omerale con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola	40%	30%
Perdita del braccio:		
per disarticolazione scapolo omerale	85%	75%
per amputazione al terzo superiore	80%	70%
Perdita del braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75%	65%
Perdita dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70%	60%
Perdita di tutte le dita della mano	65%	55%
Perdita del pollice e del primo metacarpo	35%	30%
Perdita totale del pollice	28%	23%
Perdita totale dell'indice	15%	13%
Perdita totale del medio		12%
Perdita totale dell'anulare		8%
Perdita totale del mignolo		12%
Perdita della falange ungueale del pollice	15%	12%
Perdita della falange ungueale dell'indice	15%	12%

Capitolato Speciale per l'assicurazione INFORTUNI CUMULATIVA
Comune di Castrovilliari

LESIONE

INDENNITA'
A destra **A sinistra**

Perdita della falange ungueale del medio	5%	
Perdita della falange ungueale dell'anulare	3%	
Perdita della falange ungueale del mignolo	5%	
Perdita delle due ultime falangi dell'indice	11%	9%
Perdita delle due ultime falangi del medio		8%
Perdita delle due ultime falangi dell'anulare		6%
Perdita delle due ultime falangi del mignolo		8%
Anchilosì totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110 gradi e 75 gradi:		
a) in semipronazione	30%	25%
b) in pronazione	35%	30%
c) in supinazione	45%	40%
d) quando l'anchilosì sia tale da permettere i movimenti di prono supinazione	25%	20%
Anchilosì totale dell'articolazione del gomito in flessione massima o quasi	55%	50%
Anchilosì totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi:		
a) in sernipronazione	40%	35%
b) in pronazione	45%	40%
c) in supinazione	55%	50%
d) quando l'anchilosì sia tale da permettere i movimenti di prono supinazione	35%	30%
Anchilosì completa dell'articolazione radiocarpica in estensione rettilinea	18%	15%
Se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione:		
a) in semipronazione	22%	18%
b) in pronazione	25%	22%
c) in supinazione	35%	30%
Anchilosì completa coxo-femorale con arto in estensione e in posizione favorevole		45%
Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo femorale o amputazione alta, che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi		80%
Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto		70%
Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		65%
Perdita di una gamba al terzo superiore, quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		55%
Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede		50%
Perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarso		30%

LESIONE	INDENNITA'	
	A destra	A sinistra
Perdita dell'alluce e corrispondente metatarso		16%
Perdita totale del solo alluce		7%
Per la perdita di ogni altro dito di un piede non si da luogo ad alcuna indennità, ma dove concorra perdita di più' dita ogni altro dito perduto è valutato il		3%
Anchilosi tibio-tarsica ad angolo retto		20%
Semplice accorciamento di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri		11%
Perdita totale della voce		35%

In caso di constatato mancinismo le percentuali stabilite per l'arto superiore destro si intendono applicate all'arto superiore sinistro e quelle del sinistro al destro.

Nei casi di invalidità permanente non specificati in questa tabella l'indennità è stabilita con riguardo alle percentuali dei casi elencati, tenendo conto della diminuita capacità generica dell'Assicurato al lavoro.

Spazio lasciato intenzionalmente in bianco, fino alla fine della presente pagina

Art. 27 - INABILITA' TEMPORANEA

In caso di inabilità temporanea la Società liquida la somma assicurata:

1. integralmente, per tutta la durata della totale incapacità fisica ad attendere alle occupazioni professionali;
2. al 50% per tutta la durata della imparziale capacità fisica ad attendere alle occupazioni stesse.

L'indennizzo è corrisposto per un periodo massimo di 365 giorni a decorrere dal giorno successivo a quello dell'infortunio regolarmente denunciato, o in caso di ritardo dal giorno successivo quello di denuncia e fino al giorno precedente a quello dell'avvenuta guarigione clinica.

Nel caso in cui l'Assicurato non abbia rinnovato i certificati medici, la liquidazione dell'indennizzo viene fatta considerando quale data di guarigione quella prognosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato.

Art. 28 - CUMULO D' INDENNIZZI

Se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, ma entro un anno dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari la differenza tra l'indennizzo pagato e la somma assicurata per il caso di morte, ove questo sia superiore e non chiede il rimborso nel caso contrario.

Il diritto all'indennizzo per Invalidità Permanente è di carattere personale e quindi non trasmissibile agli eredi.

Tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennizzo sia stato liquidato o comunque offerto in misura determinata, la Società paga agli eredi l'importo liquidato od offerto, in base ai criteri previsti dall'Art. 25 - Morte.

Art. 29 - CONTROVERSIE SULLA NATURA E SULLE CONSEGUENZE DELLE LESIONI

Qualora sorgano controversie sulla natura delle lesioni sulle loro conseguenze o sul grado di Invalidità Permanente o sul grado e/o durata dell'Inabilità Temporanea, la vertenza è deferita a due medici nominati uno dall'Assicurato e uno dalla Società, che si riuniscono a scelta della Società, presso la sede della Società stessa o presso la sede dell'Agenzia che gestisce la convenzione. Se il disaccordo persiste i due medici ne nominano un terzo; le decisioni sono prese a maggioranza.

Se una Parte non nomina il proprio medico o se manca l'accordo sulla nomina del terzo medico, la scelta è fatta su richiesta di una Parte, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici che ha giurisdizione nel luogo in cui deve riunirsi il Collegio.

Ciascuna delle Parti sostiene le spese del medico da essa designato e contribuisce in misura della metà alle spese del terzo medico.

Art. 30 - RESPONSABILITA' DEL CONTRAENTE

Qualora l'Assicurato o, in caso di morte, i beneficiari designati in polizza o soltanto qualcuno di essi non accettino, a completa tacitazione per l'infortunio, l'indennità dovuta ai sensi della presente polizza ed avanzino verso il Contraente maggiori pretese a titolo di responsabilità civile, detta indennità nella sua totalità viene accantonata per essere computata nel risarcimento che il Contraente fosse tenuto a corrispondere per sentenza o transazione.

Qualora l'Assicurato 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 da lui sostenute.

OPZIONI FRANCHIGIE
(Operanti solo se richiamate sul frontespizio di polizza)

A) FRANCHIGIA FISSA

Per quanto riguarda la garanzia Invalidità Permanente resta convenuto che non si farà luogo al risarcimento per Invalidità Permanente quando questa sia di grado non superiore al 3% della totale; Se invece essa risultasse superiore al 3% della invalidità permanente totale, l'indennizzo verrà corrisposto soltanto per la parte eccedente.

B) FRANCHIGIA RELATIVA

Per quanto riguarda la garanzia Invalidità Permanente resta convenuto che non si fare luogo al risarcimento per Invalidità Permanente quando questa sia di grado non superiore al 3% della totale; se invece l'invalidità Permanente supera il 10% della totale verrà corrisposto il risarcimento integrale sempre in rapporto al grado di Invalidità Permanente residuato.

C) FRANCHIGIA PER SCAGLIONI

L'indennizzo relativo alla garanzia Invalidità Permanente verrà corrisposto con le seguenti modalità:

- senza deduzione di alcuna franchigia per la parte di capitale fino a € 150.000
- sulla eccedenza di € 150.000 e fino a € 250.000 non si farà luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente sia di grado non superiore al 5% dell'invalidità permanente totale. Se invece essa risultasse superiore al 5% della invalidità permanente totale, l'indennizzo verrà corrisposto soltanto per la parte eccedente.
- sulla eccedenza di € 250.000 e fino al massimo di capitale assicurato non si farà luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente sia di grado non superiore al 10% dell'invalidità permanente totale. Se invece essa risulterà superiore al 10% dell'invalidità permanente totale l'indennizzo verrà corrisposto soltanto per la parte eccedente.

D) FRANCHIGIA ATTIVITA' SUBACQUEE

In caso di infortuni determinati dalla pratica di attività subacquee in genere, le seguenti franchigie saranno sempre operanti:

- 5% per capitali eccedenti € 100.000 e fino alla concorrenza di € 260.000;
- 10% per capitali eccedenti € 260.000.

Le suddette franchigie sostituiscono quelle precedentemente indicate.

E) FRANCHIGIA PER INABILITA' TEMPORANEA

A parziale deroga dell'art. 15, l'indennità per inabilità temporanea verrà corrisposta soltanto a decorrere dalle ore 24,00 del 10° giorno successivo a quello dell'infortunio.

ESTENSIONI DI GARANZIA

Le seguenti garanzie sono operanti se in polizza sono indicate le relative somme assicurate:

1. Rimborso Spese mediche da infortunio

Gli Assicuratori rimborseranno agli Assicurati per i quali è prestata la garanzia, in caso di infortunio risarcibile ai termini della presente assicurazione, il costo delle spese mediche sostenute, nei 360 giorni successivi alla data del sinistro, in un Istituto di cura pubblico o privato (ma regolarmente riconosciuto) fino alla concorrenza, per ogni evento, dell'importo indicato in polizza.

Per spese mediche sostenute intendiamo:

- 1) onorari dei medici, chirurghi, assistenti, anestesisti e di ogni altro soggetto che partecipi all'intervento;
 - 2) l'uso della sala operatoria, del materiale di intervento (compreso il costo della prima protesi, ma escludendo le protesi dentarie), del materiale di cura e dei medicinali, degli accertamenti radiografici e radioscopici, degli esami ed analisi in genere e della terapia fisica;
 - 3) rette di degenza in ospedali o cliniche;
 - 4) le spese di trasporto, su ambulanze e /o mezzi speciali di soccorso, dal luogo dell'incidente all'Istituto di cura o ambulatorio entro il limite del 20% del massimale assicurato;
- inoltre,
- 5) le spese, entro il limite del 20% del massimale assicurato, sostenute dopo la cessazione del ricovero o rese necessarie dall'intervento chirurgico ambulatoriale, per esami, acquisto di medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche, infermieristiche e fisioterapiche effettuate nei trenta giorni successivi.

La domanda di rimborso, corredata dalle ricevute originali delle spese sostenute per i titoli suindicati, dovrà essere presentata alla Società entro un mese dal termine della cura medica. Qualora gli originali delle notule, distinte e ricevute siano stati presentati a terzi per ottenere il rimborso, la Società effettuerà il pagamento di quanto dovuto a termini del presente contratto dietro dimostrazione delle spese effettivamente sostenute al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi verranno effettuati in Italia ed in valuta Europea al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano Cambi.

Il rimborso sarà effettuato all'assicurato o, in caso di sua morte, ai suoi beneficiari. Rimangono espressamente escluse le spese sostenute per operazioni di chirurgia plastica salvo quelle rese necessarie per eliminare o contenere il grado di invalidità permanente.

La Somma assicurata indicata nel Frontespizio rappresenta il massimo esborso, nel corso dell'anno, a cui la compagnia sarà tenuta qualsiasi sia il numero dei sinistri.

La garanzia è prestata con una franchigia fissa, come indicato nel Frontespizio, per ogni singolo evento, importo che rimane quindi a carico dell'assicurato.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del "Servizio Sanitario Nazionale", la Società rimborserà le spese non riconosciute dal precitato Servizio, compresi eventuali ticket, sostenute dall'Assicurato per le prestazioni sopra descritte. Qualora l'Assicurato fruisca di altre analoghe assicurazioni private o sociali, la garanzia vale per l'eventuale eccedenza di spese da queste non rimborsate.

2. Diaria da ricovero e gesso

In caso di ricovero dell'Assicurato in Istituto di cura (pubblico o privato regolarmente autorizzato) reso necessario da infortunio garantito dalla presente assicurazione, gli Assicuatori corrispondono un'indennità pari al 1% del massimale Spese mediche da infortunio fino ad un massimo di Euro 100,00 al giorno e per un massimo di 90 giorni per evento. Il giorno di dimissioni non è indennizzabile.

Qualora l'infortunio comporti l'applicazione di gessatura, anche senza ricovero, l'indennità per convalescenza verrà riconosciuta per tutto il periodo di gessatura col massimo di:

25 (venticinque) giorni per gli arti superiori;

75 (settantacinque) giorni per gli arti inferiori, bacino e vertebre.

Spazio lasciato intenzionalmente in bianco, fino alla fine della presente pagina

ASSICURAZIONE IN BASE A CAPITALI PRESTABILITI IN FORMA NUMERICO ANONIMA

- 1) L'assicurazione vale per il personale dipendente del Contraente appartenente alle seguenti categorie:

CAT. A): Amministratori: (Sindaco ed Assessori);
CAT. B): Consiglieri Comunali;
CAT. C): Vigili Urbani;
CAT. D): Conducenti Veicoli del Comune;
CAT.E): Dipendenti in missione.

- 2) L'assicurazione è prestata per ciascuna persona:

CAT. A)

In caso di morte: per una somma di € 200.000,00;
In caso di invalidità permanente totale: per una somma di € 300.000,00;
In caso di inabilità temporanea: per una somma di € 51,65;
Per il caso di rimborso spese mediche: con una somma di € 10.000,00;

CAT. B)

In caso di morte: per una somma di € 200.000,00;
In caso di invalidità permanente totale: per una somma di € 300.000,00
In caso di inabilità temporanea: per una somma di € 51,65;
Per il caso di rimborso spese mediche: con una somma di € 10.000,00;

CAT. C)

In caso di morte: per una somma di € 150.000,00;
In caso di invalidità permanente totale: per una somma di € 150.000,00;
In caso di inabilità temporanea: per una somma di € 51,65;
Per il caso di rimborso spese mediche: con una somma di € 5.000,00;

CAT. D)

In caso di morte: per una somma di € 60.000,00;
In caso di invalidità permanente totale: per una somma di € 60.000,00;
Per il caso di rimborso spese mediche: con una somma di € 5.000,00;

CAT. E)

In caso di morte: per una somma di € 150.000,00;
In caso di invalidità permanente totale: per una somma di € 150.000,00;
Per il caso di rimborso spese mediche: con una somma di € 5.000,00.

- 3) Nel caso di assicurazione a capitali variabili ragguagliabili alle retribuzioni, sono considerati "retribuzione annua", oltre lo stipendio, tutti gli elementi costitutivi della retribuzione aventi carattere continuativo, ivi compresi le provvigioni, i premi di produzione ed ogni altro compenso ed indennizzo anche non di ammontare fisso con esclusione di quanto corrisposto a titolo di rimborso spese e di emolumenti di carattere eccezionale. Fa parte della

Capitolato Speciale per l'assicurazione INFORTUNI CUMULATIVA
Comune di Castrovilliari

retribuzione anche l'equivalente del vitto e dell'alloggio eventualmente dovuti al dipendente nella misura convenzionalmente concordata.

- 4) Nel caso di assicurazione a capitali variabili ragguagliabili alle retribuzioni, per la liquidazione dell'indennità è considerata "retribuzione annua" dell'infortunato quanto, come definito al punto che precede, l'infortunato stesso ha percepito o maturato, al lordo delle ritenute, nei tre mesi antecedenti l'infortunio, moltiplicato per 4 purché risultante sulle scritture contabili prescritte dalla legge. Se l'infortunato non ha raggiunto l'anno di servizio, sarà considerata "retribuzione annua" quanto ottenuto moltiplicando per 365 la retribuzione media giornaliera attribuibile all'infortunato per il periodo compreso fra la data di assunzione in servizio e quella dell'infortunio.
- 5) Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per la relativa identificazione, per la determinazione delle somme assicurate e per il computo del premio, si farà riferimento al Libro Stipendi del Contraente (ed eventualmente altre scritture contabili previste dalla Legge per la registrazione degli elementi di retribuzione indicati al precedente art. 3). Il contraente si obbliga ad esibire il Libro Stipendi e qualsiasi altro documento probatorio su semplice richiesta delle persone incaricate di fare accertamenti o controlli.
- 6) Il tasso di premio viene pattuito in ragione di:

CAT. A): n. 6 persone (n.1 sindaco + n. 1 Vice Sindaco e n.4 assessori);
CAT. B): n. 16 persone;
CAT. C): n. 24 persone;
CAT. D): n. 27 persone;
CAT. E): n. 8 persone.

- 7) Il premio viene anticipato dal Contraente in base al numero delle persone assicurate per categoria

Spazio lasciato intenzionalmente in bianco, fino alla fine della presente pagina

CONDIZIONI VALIDE ESCLUSIVAMENTE PER LA CATEGORIA "DIRIGENTI"

- 1) L'assicurazione si intende estesa anche alle malattie professionali, che siano insorte nel corso della validità del presente contratto, intendendosi come tali quelle attualmente previste per l'industria esercitata dal Contraente nella "Tabella allegato 4" del D.P.R. 30/6/1965, N. 1124 e con la franchigia relativa del 10% ivi prevista. Sono comunque escluse la silicosi e l'asbestosi e le malattie conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche.
- 2) In caso di invalidità permanente da infortuni professionale o extraprofessionale o da malattia professionale che, in base alla Tabella INAIL, riduca almeno del 50% la capacità del dirigente assicurato, e sempreché non sia obiettivamente possibile la prosecuzione del rapporto di lavoro, è considerato invalidità permanente totale (100%).

Spazio lasciato intenzionalmente in bianco, fino alla fine della presente pagina

CONDIZIONI PARTICOLARI
(*Operanti esclusivamente per infortuni professionali*)

ATTIVITA' SPORTIVE

L'assicurazione vale anche per gli infortuni derivanti dalla pratica non professionale di qualsiasi sport, ad eccezione di:

- pugilato, salto dal trampolino con sci o idroscì, sci acrobatico, sci estremo, snowboard acrobatico, bob, speleologia, paracadutismo e sports aerei in genere, free climbing, salto con l'elastico, canoa fluviale oltre il 3° grado, rafting, pratica di atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, alpinismo con scalata di roccia o di ghiacciai oltre il 3° grado della scala di Monaco, rugby, football americano, hockey su ghiaccio;
- partecipazione a corse in genere o gare - e relative prove ed allenamenti - sciistiche, calcistiche, di pallacanestro e di arti marziali, organizzate dalle competenti Federazioni sportive Nazionali o partecipazione a gare - e relative prove ed allenamenti - ciclistiche da chiunque organizzate.

ESONERO DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare:

le infermità e/o difetti fisici dei quali i singoli assicurati fossero affetti restando efficiente la garanzia e con l'intesa che nella liquidazione delle indennità, in caso di sinistro, la Società terrà conto della preesistente infermità, mutilazione o difetto fisico secondo le risultanze del referto medico, calcolando e riconoscendo il danno direttamente causato dall'infortunio;

altre analoghe assicurazioni infortuni che avesse in corso o stipularne con altre Compagnie. E' altresì esonerato dall'obbligo di denuncia qualora il capitale assicurato con la Società non superi complessivamente la somma di € 1.000.000,00.

MORTE PRESUNTA

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato, e si presuma sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà ai beneficiari indicati in polizza 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 C.C. Quando sia stato effettuato il pagamento dell'indennità ed in seguito l'Assicurato ritorni o si abbiano di lui notizie sicure, la Società ha diritto alla restituzione delle somme pagate e relative spese, e l'Assicurato stesso potrà far valere i diritti che eventualmente gli sarebbero spettati, nel caso avesse subito lesioni indennizzabili a norma della presente polizza.

MALATTIE TROPICALI

L'assicurazione a estesa, per il caso di morte e per il caso di invalidità permanente, alle malattie tropicali quali: amebiasi, bilarziosi, dermotifo, dissenteria batterica, febbre ittero, emoglobina, meningite cerebro-spinale, vaiolo, febbre ricorrente africana, infezione malarica, perniciosa e peste bubbonica, dalle quali le persone fossero colpiti durante la loro permanenza all'Estero (paesi della fascia tropicale del globo).

Tale estensione di garanzia a prestata fino alla concorrenza delle somme assicurate e con un massimo indennizzo di € 250.000=.

L'estensione a subordinata alla circostanza che gli Assicurati si trovino in perfette condizioni di salute e che siano stati preventivamente sottoposti alle prescritte pratiche di profilassi.

Per quanto riguarda la presente garanzia resta convenuto che non si farà luogo al risarcimento per Invalidità Permanente quando questa sia di grado non superiore al 20% della totale; se invece

l'invalidità Permanente supera il 20% della totale verrà corrisposto il risarcimento integrale sempre in rapporto al grado di Invalidità Permanente residuato.

Il periodo massimo utile per provvedere alla valutazione definitiva del danno indennizzabile a norma della presente estensione, viene fissato in due anni dalla denuncia della malattia.

RISCHIO GUERRA 14 GIORNI

A parziale deroga dell'art. 17 - punto 8, la garanzia è estesa agli infortuni subiti in conseguenza di guerra purché gli assicurati risultino sorpresi dallo scoppio degli eventi bellici durante un loro soggiorno all'estero.

La garanzia è operativa per un periodo massimo di 14 giorni dal verificarsi dell'evento.

La presente estensione non opera per la "Garanzia Volo" prevista dall'art. 18.

SPORT PERICOLOSI

A parziale deroga dell'art. 17 punto 3) delle Condizioni generali di Assicurazione, l'assicurazione vale anche per gli infortuni derivanti dalla pratica non professionale di qualsiasi sport, ad eccezione di paracadutismo e sport aerei in genere.

UBRIACHEZZA

A parziale deroga dell'art. 17 punto 5) delle Condizioni generali di Assicurazione, l'assicurazione vale per gli infortuni subiti dall'Assicurato in stato di ubriachezza, esclusi comunque quelli conseguenti alla guida di mezzi di locomozione.

CALAMITA' NATURALI

A parziale deroga delle Condizioni Generali di Assicurazione, sono compresi gli infortuni derivanti da incendio, frane, valanghe, fulmini, alluvioni, inondazioni, eruzioni vulcaniche ed altre calamità naturali escluso il terremoto, nonché gli infortuni cagionati da esplosioni di ogni genere, esclusi quelli che siano conseguenza diretta o indiretta di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure da radiazioni provocate da accelerazione artificiale di particelle atomiche.

Questa estensione è prestata nel limite del 50% delle somme assicurate, con il massimo di € 100.000.

TERREMOTO

A parziale deroga dell'art. 17 punto 7 delle Condizioni Generali di Assicurazione, si estendono le garanzie di polizza agli infortuni subiti in occasione di terremoto. In nessun caso la Società pagherà per ciascun sinistro e globalmente una somma complessiva superiore a € 1.000.000.

Qualora in caso di sinistro la somma liquidabile a termine di polizza superasse l'importo di € 1.000.000 detta cifra verrà ripartita per ogni singolo danneggiato in proporzione al rapporto fra l'indennizzo spettatogli a termine di polizza e il totale di tutti gli indennizzi. Il premio annuale imponibile relativo alla garanzia terremoto è pari al 5% del relativo premio annuo complessivo di polizza.

ERNIE TRAUMATICHE O DA SFORZO

L'assicurazione comprende, limitatamente ai casi di Invalidità Permanente, le ernie traumatiche o da sforzo con l'intesa che:

qualora l'ernia risulti operabile e il contratto non preveda il caso di inabilità temporanea, verrà corrisposta soltanto una indennità non superiore all'1% della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente Totale con il massimo di € 2.500,00=;

Capitolato Speciale per l'assicurazione INFORTUNI CUMULATIVA
Comune di Castrovilli

qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposta solamente una indennità non superiore al 10% della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente Totale.

RISCHIO IN ITINERE (solo per rischi professionali)

La garanzia comprende gli infortuni che avvengono durante il percorso dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa.

Ad ogni effetto di legge, nonché ai sensi dell'Art. 1341 del C.C., Il Contraente e la Società dichiarano di approvare specificatamente le disposizioni degli articoli seguenti delle condizioni di assicurazione:

SETTORE 1 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

- Art. 3) DECORRENZA E DURATA DELL'ASSICURAZIONE – PAGAMENTO DEL PREMIO;
Art. 4) REGOLAZIONI PREMIO;
Art. 8) RECESSO DAL CONTRATTO ED ANTICIPATA RISOLUZIONE;
Art. 11) GESTIONE DELLA POLIZZA E CLAUSOLA BROKER;
Art. 13) COMPETENZA TERRITORIALE;
Art. 14) RINVIO ALLE NORME DI LEGGE;
SETTORE 2 – NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI
Art. 17) ESCLUSIONI

Data _____

L'ASSICURATO / CONTRAENTE

LA SOCIETA'

Ai sensi del DL. 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.

L'ASSICURATO / CONTRAENTE
