



CAPITOLATO POLIZZA INFORTUNI

CONTRAENTE:
COMUNE DI MUGGIO'
Piazza Matteotti, 1
20835 MUGGIO' (MB)
PIVA 00740570965

EFFETTO:	ore 24,00 del 31.12.2025
SCADENZA 1° QUIETANZA	ore 24,00 del 31.12.2026
SCADENZA	ore 24,00 del 31.12.2029

Questo capitolato è stato redatto con l'ausilio di Ariostea Broker S.r.l.

 **ARIOSTEA**
Broker

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

1) DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZA DEL RISCHIO – BUONA FEDE

Le dichiarazioni volutamente inesatte o le reticenze del Contraente e dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli art. 1892, 1893 e 1894 C.C.

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

2) ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio; in caso di sinistro, il Contraente deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri (articolo 1910 del Codice Civile).

3) PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA

Il pagamento della prima annualità dovrà essere effettuato dal Contraente entro 60 giorni dalla decorrenza del contratto, fermo restando che il rischio sarà tenuto in copertura dalle ore 24 della data di effetto del contratto.

La deroga dei termini di pagamento di cui al primo comma del presente articolo si applica anche ad ogni appendice a titolo oneroso emessa a variazione del contratto.

Il pagamento dei premi relativi alle annualità successive dovrà essere effettuato entro 60 giorni dalla scadenza, intendendosi così elevato il periodo di mora di cui all'art. 1901 del Codice Civile.

La deroga dei termini di pagamento di cui al primo comma del presente articolo si applica anche ad ogni appendice a titolo oneroso emessa a variazione del contratto.

4) REGOLAZIONE 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 e regolato alla fine del periodo.

A tale scopo, entro 120 giorni dalla data di scadenza annuale dell'Assicurazione, l'Assicurato dovrà fornire per iscritto alla Società il dato consuntivo degli elementi variabili nel corso del periodo di osservazione.

Le differenze attive o passive a favore della Società o della Contraente, risultanti dalla regolazione premio, dovranno essere corrisposte dal Contraente o dalla Società entro 60 giorni dalla data di ricevimento dell'apposita appendice, che verrà spedita dalla Società al Contraente entro 30 giorni dalla ricezione dei dati.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti o il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società deve fissargli mediante formale atto di messa in mora un ulteriore termine di 60 giorni, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo annuo per il quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva e la garanzia resta sospesa fino alle ore 24.00 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per la Società 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 suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione premio.

La Società ha il diritto di effettuare verifiche e controlli per i quali il Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie.

5) MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

6) AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni constatato aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi dell'articolo 1898 C.C.

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

7) DIMINUIZIONE DEL RISCHIO

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successivi alla comunicazione del Contraente o dell'Assicurato ai sensi dell'art. 1897 C.C. e rinuncia al relativo diritto di recesso. Si conviene, altresì, che la diminuzione del premio conseguente a casi previsti da detto articolo, sarà immediata e la Società corrisponderà la relativa quota di premio pagata e non goduta, escluse le imposte.

8) DURATA DEL CONTRATTO

Il presente contratto cesserà alla sua naturale scadenza senza obbligo di invio di disdetta, è tuttavia facoltà delle parti inviare disdetta per ogni scadenza annuale della polizza tramite pec o lettera raccomandata o pec da inviare almeno 90 giorni della scadenza del singolo periodo assicurativo.

Il Contraente si riserva la facoltà di prorogare il contratto fino ad un massimo di 180 giorni, se ciò risultasse necessario per concludere la procedura di gara per l'aggiudicazione di un nuovo contratto o per ogni altro giustificato motivo con preavviso di 30 (trenta) giorni da darsi alla Società mediante pec o lettera raccomandata; tale facoltà può essere attivata sia in occasione della scadenza definitiva del contratto sia nel caso di disdetta annuale anticipata.

Per tale periodo di proroga alla Compagnia spetterà una quota premio pro-rata del premio annuale.

9) ONERI FISCALI

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

10) FORO COMPETENTE

Il Foro competente per qualsiasi controversia che potrebbe sorgere in applicazione della presente polizza è quello ove ha sede il Contraente.

11) RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

12) CLAUSOLA BROKER

Il Contraente si affida per la gestione del presente contratto ad Ariostea Broker S.r.l. - Via Zucchini 57/F – 44122 Ferrara.

Di conseguenza tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti per conto della Contraente da Ariostea Broker S.r.l.

Queste saranno tenute a riconoscere come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di ordinaria gestione compiuti dalla Compagnia Delegataria per conto comune.

Agli effetti tutti della presente polizza, ogni comunicazione fatta dal Broker nel nome e per conto dell'Assicurata alla Compagnia si intenderà come fatta dall'Assicurata.

Parimenti ogni comunicazione fatta dall'Assicurata al Broker si intenderà come fatta alla Compagnia.

13) COASSICURAZIONE E DELEGA

Nel caso di coassicurazione, la compagnia aggiudicataria (Delegataria) deve ritenere, facendone espressa dichiarazione di impegno in sede di gara, una quota del rischio, rispetto alle altre singole coassicuratrici, pari ad almeno il 60% del rischio oggetto di gara, mentre le singole Compagnie Coassicuratrici (Deleganti) dovranno ritenere – facendone espressa dichiarazione di impegno in sede di gara - una quota del rischio pari ad almeno il 20%.

In caso di coassicurazione, dovrà essere conferita al coassicuratore delegatario la delega dalla quale risulti:

- la percentuale di ripartizione del rischio a carico dell'Assicuratore;
- l'impegno dell'Assicuratore a riconoscere validi ed efficaci gli atti di gestione del coassicuratore delegatario;
- l'impegno dell'Assicuratore a riconoscere validi ed efficaci gli obblighi assunti e l'offerta economica formulata dal coassicuratore delegatario;
- l'accettazione delle quote di coassicurazione riservate dalla compagnia delegataria.

La Società delegataria si impegna, altresì, in ogni caso e comunque, ad emettere atto di liquidazione per l'intero importo dei sinistri e a rilasciare all'Assicurato quietanza per l'ammontare complessivo dell'indennizzo, salvi e impregiudicati i rapporti interni tra le società coassicuratrici.

Alle imprese che presentino offerta in coassicurazione è preclusa la partecipazione in forma singola o in altra coassicurazione o in altro raggruppamento.

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.

15) OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono darne avviso scritto alla Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro 30 giorni da quando ne hanno avuto conoscenza (articolo 1913 del Codice Civile).

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

16) DISDETTA IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni sinistro, regolarmente denunciato a termini di polizza e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o rifiuto dall'indennizzo, la Parti possono recedere

dall'Assicurazione con preavviso di 180 giorni. In caso di recesso esercitato dalla Società, quest'ultima, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso.

17) PREVALENZA – VALIDITA' ESCLUSIVA DELLE NORME DATTILOSCRITTE

Si intendono operanti solo le norme dattiloscritte.

Le dichiarazioni dell'Assicurato a stampa di polizza si intendono nulle e prive di effetto.

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

18) TRACCIABILITÀ DEI FLUSSI FINANZIARI EX LEGGE 136/2010 E S.M.E.I.

La Società assume tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'art. 3 della Legge n. 136 del 13 agosto 2010 e successive modifiche ed integrazioni al fine di assicurare la tracciabilità dei movimenti finanziari relativi all'appalto.

La Società si impegna a dare immediata comunicazione alla stazione appaltante ed alla prefettura-ufficio territoriale del Governo della provincia territorialmente competente, della notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria.

19) REVISIONE PREZZI

Decorsi almeno 12 mesi dall'inizio del contratto, al verificarsi delle ipotesi di aggravamento del rischio che comportino variazione in aumento del premio complessivo superiore al cinque per cento, la Società potrà richiedere motivatamente la revisione del corrispettivo originariamente pattuito nella misura dell'ottanta per cento della variazione detratta l'alea del 5 per cento, in relazione alla prestazione principale, ai sensi degli artt. 60 e 120 del D.Lgs. 36/2023. La variazione potrà essere altresì richiesta dalla Società, secondo le modalità di cui al presente punto, al verificarsi di particolari condizioni di natura oggettiva, che determinino una variazione, in aumento o in diminuzione, del costo del servizio riferiti alle condizioni contrattuali orarie (retribuzioni del personale) per le attività finanziarie e assicurative, secondo gli indici sintetici elaborati dall'ISTAT. Il Contraente, entro 15 giorni, a seguito della relativa istruttoria e tenuto conto delle richieste formulate, decide in ordine alle stesse formulando la propria proposta di revisione. In caso di accordo tra le Parti, si provvede alla modifica del contratto. Qualora sia pattuito un aumento di premio, il Contraente provvede a corrispondere l'integrazione pari all'ottanta per cento dell'incremento del costo del servizio detratta l'alea del 5 per cento, nei termini di cui al presente punto, a decorrere dalla successiva annualità. In caso di mancato accordo, il Contraente e la Società potranno rescindere il contratto al termine della annualità in corso al momento della proposta di revisione. È fatto salvo quanto previsto all'art. 8 "Durata del contratto", in merito all'impegno della Società alla proroga tecnica.

20) OBBLIGO DI FORNIRE DATI SULL'ANDAMENTO DEL RISCHIO

Pena l'applicazione della penale di cui all'ultimo comma del presente articolo, la Società:

1. entro 60 giorni dal termine di ciascuna annualità assicurativa,
2. entro 180 giorni antecedenti la scadenza finale del contratto,
3. nonché, in ogni caso di risoluzione anticipata del contratto, contestualmente all'esercizio del recesso,
4. oltre la scadenza contrattuale, al 31.12 di ogni anno e fino alla completa definizione di tutti i sinistri compresi i riservati, si impegna a fornire al Contraente, in formato elettronico Microsoft Excel® o altro supporto informatico equivalente purché editabile, il dettaglio dei sinistri, così articolato: sinistri denunciati con indicazione del numero di sinistro attribuito dalla Società, data di accadimento dell'evento, data di denuncia, descrizione dell'evento, nonché lo stato per ciascun sinistro come di seguito elencato:
 - a) sinistri riservati con indicazione dell'importo a riserva;
 - b) sinistri pagati parzialmente con indicazione dell'importo già liquidato e la data di pagamento;
 - c) sinistri liquidati con indicazione dell'importo liquidato e la data di pagamento;
 - d) sinistri senza seguito;
 - e) sinistri respinti;
 - f) data del sinistro;
 - g) breve descrizione dell'evento.

La Società espressamente riconosce che le previsioni tutte contenute nella presente clausola contrattuale:

- la impegnano a redigere il documento di cui sopra secondo un'accurata ed aggiornata informativa;
- rappresentano un insieme di obbligazioni considerate essenziali per la stipulazione ed esecuzione del presente contratto assicurativo, in quanto necessarie a rendere tempestivamente ed efficacemente edotto il Contraente circa gli elementi costitutivi e qualificanti del rapporto contrattuale con la Società.

Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al Contraente di chiedere, ed ottenere, un aggiornamento in date diverse da quelle indicate. In caso di inadempienza da parte della Società, il Contraente provvederà a formalizzare contestazione scritta assegnando alla Società non oltre 10 giorni naturali e consecutivi per adempiere ovvero per produrre controdeduzioni. Laddove la Società persista nell'inadempimento e ove le controdeduzioni non fossero pervenute entro il termine prescritto o non fossero ritenute idonee, verrà applicata una penale nella misura di 25 € a valere sull'ammontare della cauzione definitiva per ogni giorno di ritardo nell'inadempimento rispetto ai termini indicati dal Contraente e per l'esecuzione delle prestazioni contrattuali.

21) CLAUSOLE SOCIALI PER LA PARITA' DI GENERE E GENERAZIONALI

Ai sensi dell'art. 1, comma 2 dell'Allegato II.3 del D.Lgs. n. 36/2023 e ss.mm.ii., l'Appaltatore che occupi tra 15 e 50 dipendenti, dopo la stipulazione del contratto, entro i

termini stabiliti dalla Stazione Appaltante e, comunque, non oltre sei mesi dalla data della stipulazione del contratto, deve consegnare una relazione di genere sulla situazione del personale maschile e femminile in ognuna delle professioni ed in relazione allo stato di assunzioni, della formazione, della promozione professionale, dei livelli, dei passaggi di categoria o di qualifica, di altri fenomeni di mobilità, dell'intervento della cassa integrazione guadagni, dei licenziamenti, dei prepensionamenti e pensionamenti, della retribuzione effettivamente corrisposta. L'Appaltatore è, altresì, tenuto a trasmettere la relazione alle rappresentanze sindacali aziendali e alla consigliera e al consigliere regionale di parità. La mancata produzione della relazione comporta l'applicazione delle penali previste dall'art. 22 del presente Capitolato.

Ai sensi dell'art. 1, comma 3 dell'Allegato II.3 del D.Lgs. n. 36/2023 e ss.mm.ii., l'Appaltatore che occupi più di 15 dipendenti, dopo la stipulazione del contratto, entro i termini stabiliti dalla Stazione Appaltante e, comunque, non oltre sei mesi dalla data della stipulazione del contratto, deve presentare la certificazione di cui all'articolo 17 della Legge 12 marzo 1999, n. 68, e una relazione relativa all'assolvimento degli obblighi di cui alla medesima legge e alle eventuali sanzioni e provvedimenti disposti a loro carico nel triennio antecedente la data di scadenza di presentazione delle offerte. La relazione di cui al presente comma è trasmessa alle rappresentanze sindacali aziendali. La mancata produzione della relazione comporta l'applicazione delle penali previste dall'art. 22 del presente Capitolato.

L'Appaltatore, ai sensi dell'art. 1, comma 4 dell'Allegato II.3 del D.Lgs. n. 36/2023 e ss.mm.ii., deve assicurare all'occupazione giovanile una quota pari ad almeno il 30% e a quella femminile una quota pari ad almeno il 30% delle assunzioni necessarie per l'esecuzione del contratto o per la realizzazione di attività ad esso connesse o strumentali, comprese quelle realizzate in subappalto o avvalimento. Il mancato assolvimento del presente obbligo comporta l'applicazione delle penali previste dall'art. 22 del presente Capitolato.

22) PENALI

In caso di inottemperanza agli obblighi di cui all'art. 21 del presente Capitolato, è applicata una penale, ai sensi dell'art. 1, comma 6, dell'Allegato II.3 del D.Lgs. n. 36/2023 e ss.mm.ii.:

- pari allo 0,5 per mille dell'importo contrattuale per ogni giorno di ritardo rispetto alla scadenza data per la consegna dei documenti richiesti, nei primi 30 giorni di ritardo;
- pari all'1 per mille dell'importo contrattuale per ogni giorno di ritardo rispetto alla scadenza data per la consegna dei documenti richiesti, dopo 30 giorni di ritardo;
- pari allo 0,5 per mille dell'importo contrattuale in caso di mancato rispetto dell'obbligo di assicurare all'occupazione giovanile una quota pari ad almeno il 30% e a quella femminile una quota pari ad almeno il 30% delle assunzioni necessarie per l'esecuzione del contratto o per la realizzazione di attività ad esso connesse o

strumentali.

La violazione dell'obbligo di cui al presente articolo comporterà anche la segnalazione all'ANAC e l'interdizione dell'Appaltatore dalla partecipazione, sia in forma singola, sia in raggruppamento temporaneo di imprese, ad ulteriori procedure di affidamento, per un periodo di dodici mesi.

RISCHI ASSICURATI

PARTITA 1 AMMINISTRATORI

La garanzia copre gli infortuni subiti da tutti gli Amministratori degli Enti assicurati durante lo svolgimento di qualsiasi incarico per conto del Contraente compresi i rischi della circolazione stradale, compresa anche la partecipazione a riunioni, sopralluoghi e comunque nello svolgimento di ogni incarico inerente al mandato ricoperto. Si intendono comprese in garanzia le trasferte ed ogni adempimento riconducibile all'attività svolta per l'Ente.

La garanzia copre gli infortuni subiti da tutti gli Amministratori degli Enti così come risultante dai documenti ufficiali che sono messi a disposizione degli assicuratori in qualsiasi momento a semplice richiesta scritta. Senza quindi la necessità da parte della Contraente di comunicare alcuna variazione nel corso dell'annualità assicurativa.

Si intende compreso in garanzia il "rischio in itinere" ovvero gli infortuni che si possono verificare nel tragitto più breve tra casa e le strutture dell'Ente riferito al tempo strettamente necessario a tale percorso.

I capitali si intendono assicurati per singola persona infortunata:

PARTITE ASSICURATE	CAPITALI ASSICURATI PER PERSONA €.
in caso di morte, €.	200.000,00
in caso di invalidità permanente totale, €.	200.000,00
Rimborso spese mediche da infortunio, €.	2.500,00

PARTITA 2 DIPENDENTI IN QUALITA' DI CONDUCENTI DI VEICOLI PRIVATI O DELL'ENTE

La garanzia copre gli infortuni subiti da tutti i soggetti autorizzati dal Contraente (Dipendenti, Segretario, collaboratori ecc. compresi in garanzia i dipendenti in convenzione di altri Enti), che per ragioni di servizio e/o lavoro si trovino a bordo di veicoli (compresi motocicli, ciclomotori e cicli), in qualità di conducenti.

La garanzia è operante chiunque sia il proprietario del veicolo.

Si intende compreso in garanzia il "rischio in itinere"

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

I capitali si intendono assicurati per singola persona infortunata:

PARTITE ASSICURATE	CAPITALI ASSICURATI PER PERSONA €.
in caso di morte, €	200.000,00
in caso di invalidità permanente totale, €.	200.000,00
Rimborso spese mediche da infortunio, €.	2.500,00

PARTITA 3 VOLONTARI, OBIETTORI DI COSCIENZA, LAVORATORI SOCIALMENTE UTILI, TIROCINI FORMATIVI, SOGGETTI CONDANNATI A LAVORI DI PUBBLICA UTILITÀ CHE SVOLGONO LA LORO ATTIVITA' PER LA CONTRAENTE:

La garanzia copre gli infortuni professionali subiti da tutti i volontari (esclusi i Volontari della Protezione Civile Comunale), obiettori e lavoratori socialmente utili, soggetti che svolgono tirocini formativi e soggetti condannati a lavori di pubblica utilità che svolgono la loro attività per la Contraente, così come risultante dai documenti dell'Ente che si impegna a metterli a disposizione degli assicuratori in qualsiasi momento. Senza quindi la necessità da parte della Contraente di comunicare alcuna variazione nel corso dell'annualità assicurativa.

Si intende inoltre compreso in garanzia il "rischio in itinere".

I capitali si intendono assicurati per singola persona infortunata:

PARTITE ASSICURATE	CAPITALI ASSICURATI PER PERSONA €.
in caso di morte, €	200.000,00
in caso di invalidità permanente totale, €.	200.000,00
Diaria da ricovero da infortunio o malattia	30,00
Rimborso spese mediche da infortunio, €.	2.500,00

PARTITA 4 RISCHIO DEI MINORI RELATIVAMENTE A VARIE ATTIVITA' ORGANIZZATE DAL COMUNE DI MUGGIO'

La garanzia si intende operante per gli infortuni subiti.

- a) Iscritti agli asili nido comunali ed alle scuole materne comunali. A titolo esemplificativo ma non limitativo la garanzia assicurativa è operante relativamente a tutte le attività scolastiche, parascolastiche, educative e formative, culturali, sociali, ludiche, sportive. Si intende compreso il periodo di "pre-scuola e post-scuola". Compreso il "rischio in itinere" ovvero gli infortuni che si possono verificare nel tragitto più breve tra casa e le strutture dell'Ente riferito al tempo strettamente necessario a tale percorso. Si intendono compresa la partecipazione a gite scolastiche in Italia ed all'Estero.

- b) Iscritti a scuole materne statali ed elementari che fruiscono dei servizi di “pre-scuola e post-scuola” gestiti dal Comune. Si intendono esclusi gli infortuni subiti durante il normale orario scolastico.
- c) Iscritti a centri estivi, CREM soggiorni e campi solari predisposti dal Comune di Muggiò. A titolo esemplificativo ma non limitativo la garanzia assicurativa è operante relativamente a tutte le attività scolastiche, parascolastiche, educative e formative, culturali, sociali, ludiche, sportive.

I capitali si intendono assicurati per singola persona infortunata:

PARTITE ASSICURATE	CAPITALI ASSICURATI PER PERSONA €.
in caso di morte, €.	100.000,00
in caso di invalidità permanente totale, €.	100.000,00
Rimborso spese mediche da infortunio, €.	2.500,00
Spese trasporto sanitario, €.	1.500,00
Spese protesi dentarie €.	1.500,00
Lenti €.	300,00

PARTITA 5 **RISCHIO PARTECIPANTI ALLA MANIFESTAZIONE “STRAMUGGIO’
ORGANIZZATA DAL COMUNE DI MUGGIO’**

La garanzia copre ogni infortunio che possa occorrere ai Partecipanti della Manifestazione “Stramuggiò” che il Comune di Muggiò organizza ogni anno della durata di un giorno.

I capitali si intendono assicurati per singola persona infortunata:

PARTITE ASSICURATE	CAPITALI ASSICURATI PER PERSONA €.
in caso di morte, €.	100.000,00
in caso di invalidità permanente totale, €.	100.000,00
Rimborso spese mediche da infortunio, €.	2.500,00

PARTITA 6 **RISCHIO PARTECIPANTI ALLA MANIFESTAZIONE “FESTA DELLO
SPORT” ORGANIZZATA DAL COMUNE DI MUGGIO’**

La garanzia copre ogni infortunio che possa occorrere ai Partecipanti della Manifestazione “Festa dello Sport” che il Comune di Muggiò organizza ogni anno della durata di un giorno.

I capitali si intendono assicurati per singola persona infortunata:

PARTITE ASSICURATE	CAPITALI ASSICURATI PER PERSONA €.
in caso di morte, €.	100.000,00
in caso di invalidità permanente totale, €.	100.000,00
Rimborso spese mediche da infortunio, €.	2.500,00

CALCOLO DEL PREMIO

Categoria	Elemento variabile	Montante	Premio Lordo pro capite / tasso lordo	Totale
1. Amministratori	Numero assicurati	22	€.	€.
2. Conducenti veicoli privati o degli Enti	Numero veicoli comunali	15	€.	€.
3. Volontari (esclusa Protezione Civile), obiettori di coscienza, lavoratori socialmente utili, tirocini formativi, soggetti condannati a lavori di pubblica utilità che svolgono la loro attività per la contraente	Numero assicurati	10	€.	€.
4. Minori asilo nido	Numero assicurati	0		
5. Manifestazione "Stramuggiò"	Numero assicurati	100		
6. Manifestazione "Festa dello Sport"	Numero assicurati	100		

DEFINIZIONI

Assicurazione	Il contratto di assicurazione.
Polizza	Il documento che prova l'assicurazione.
Contraente	Il soggetto che stipula l'assicurazione.
Assicurato	La persona fisica o giuridica il cui interesse è protetto dall'assicurazione.
Beneficiario	In caso di morte gli eredi legittimi o testamentari, in tutti gli altri casi l'Assicurato.
Società	L'impresa assicuratrice ed eventuali coassicuratrici.
Broker	Ariostea Broker S.r.l.
Premio	La somma dovuta dal contraente alla società.
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.
Indennizzo	La somma dovuta dalla società in caso di sinistro.
Franchigia	La parte del danno che in caso di sinistro rimane a carico dell'assicurato.
Scoperto	La percentuale del danno che in caso di sinistro rimane a carico dell'assicurato.
Annualità o periodo assicurativo	Il periodo pari o inferiore a 12 mesi compreso tra la data di effetto e la data di scadenza o di cessazione dell'assicurazione.
Infortunio	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano per conseguenza la morte e/o l'invalidità permanente e/o l'inabilità temporanea.
Malattia	Alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio che produce necessità di cure.
Invalidità Permanente	La diminuita capacità o la perdita definitiva ed irrimediabile della capacità generica ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'assicurato.
Inabilità Temporanea	La perdita temporanea a seguito di infortunio in misura totale o parziale della capacità dell'assicurato di attendere alle attività professionali dichiarate.

Istituto di cura	Ospedale pubblico, clinica, casa di cura sia accreditati presso il Servizio Sanitario Nazionale che privati, legalmente riconosciuti e regolarmente autorizzati al ricovero dei malati/infortunati.
Ricovero	La degenza in istituto di cura che comporti almeno un pernottamento.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La presente assicurazione è operante per gli infortuni che l'assicurato subisca a causa ed in occasione della partecipazione all'attività della Contraente o dello svolgimento delle mansioni dichiarate dalla Contraente. E' considerato "infortunio" l'evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte e/o una invalidità permanente e/o una inabilità temporanea.

2. RISCHI ESCLUSI:

Sono esclusi dalla assicurazione gli infortuni derivanti:

- a) dalla guida di veicoli a natanti a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- b) dall'uso, anche come passeggero di aeromobili (compresi deltaplani ed ultraleggeri), salvo quanto disposto dall'articolo 15;
- c) dalla pratica del paracadutismo, del parapendio e degli sport aerei in genere;
- d) da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- e) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- f) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- g) da guerre e insurrezioni;
- h) da movimenti tellurici, inondazioni o eruzioni vulcaniche;
- i) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.);
- l) Sono inoltre esclusi gli infarti e le ernie di qualsiasi tipo.

3. RISCHIO VOLO

L'Assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi in aereo, turistici o di trasferimento, effettuati in qualità di passeggero su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti, tranne che:

- da società/aziende di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;
- da aeroclubs;

La somma delle garanzie di cui alla presente polizza e di eventuali altre polizze stipulate dalla Contraente o da altri in suo favore per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni, non potrà superare i seguenti importi:

per persona:

- € 1.000.000,00 per il caso morte;
- € 1.000.000,00 per il caso di invalidità permanente totale;
- € 250,00 per il caso di inabilità temporanea;

per aeromobile, nel caso di assicurazioni di più persone:

- € 5.000.000,00 per il caso morte;
- € 5.000.000,00 per il caso di invalidità permanente
- € 5.000,00 per il caso di inabilità temporanea

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 sui singoli contratti.

Agli effetti della garanzia, il viaggio aereo si intende cominciato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso.

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

4. SERVIZIO MILITARE

Durante il servizio militare di leva in tempo di pace o durante il servizio sostitutivo dello stesso l'assicurazione resta sospesa limitatamente alle garanzie di inabilità temporanea e prosegue per le altre garanzie e per le rispettive indennità previste in polizza.

Comunque, entro 15 giorni dalla prima scadenza di premio o rata di premio successiva all'inizio del servizio, la Contraente ha diritto di chiedere la sospensione dell'assicurazione fino al termine del servizio medesimo.

5. LIMITI DI ETÀ'

L'Assicurazione vale per le persone di età non superiore ai 80 anni.

Tuttavia, per le persone che raggiungono tale età in corso di contratto, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa al compimento di 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 verranno restituiti alla Contraente.

6. PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici, di conseguenza l'assicurazione cessa al manifestarsi di tali affezioni.

7. ESTENSIONE TERRITORIALE

L'Assicurazione vale in tutto il mondo. L'Inabilità temporanea, al di fuori dell'Europa o degli stati extraeuropei del Mediterraneo, è indennizzabile limitatamente al periodo di ricovero ospedaliero: tale limitazione cessa dalle ore 24.00 del giorno di rientro in Europa o negli stati sopra menzionati.

8. CAMBIAMENTO DELL'ATTIVITA' PROFESSIONALE E ATTIVITA' PROFESSIONALI DIVERSE

Se nel corso del contratto si verifica un cambiamento delle attività professionali dichiarate, senza che la Contraente ne abbia dato comunicazione alla Compagnia, in caso di infortunio che avvenga nello svolgimento della diversa attività:

- l'indennizzo sarà corrisposto integralmente se la diversa attività non aggrava il rischio;
- l'indennizzo sarà corrisposto nella ridotta proporzione esistente tra il premio pagato ed il premio che avrebbe dovuto pagare in base alla nuova attività esercitata.

9. DENUNCIA DELL'INFORTUNIO E OBBLIGHI RELATIVI

La denuncia dell'infortunio indicherà luogo, giorno, ora e causa dell'evento e sarà corredata da certificato medico. Il decorso delle lesioni dovrà essere documentato da ulteriori certificati medici. Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato, salvo che siano espressamente comprese nell'assicurazione.

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

10. CRITERI DI INDENNIZZABILITA'

La Compagnia corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio. Se, al momento dell'infortunio, l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui all'articolo 12 sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente. L'indennizzo verrà riconosciuto all'Assicurato senza tenere conto di eventuali indennizzi da parte di INAIL/INPS o analoghi Istituti di assicurazione obbligatoria degli infortuni.

11. CASO 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 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 dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso, mentre i beneficiari hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per morte - se superiore - e quello già pagato per l'invalidità permanente.

12. CASO INVALIDITA' PERMANENTE

L'indennizzo per il caso di invalidità permanente è dovuto se l'invalidità stessa si verifica anche successivamente alla scadenza della polizza entro due anni dal giorno dell'infortunio. L'indennizzo per invalidità permanente parziale è calcolato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, in proporzione al grado d'invalidità accertata secondo i criteri e le percentuali indicate nella tabella di cui all'allegato n. 1 del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 e successive modifiche intervenute fino alla data di stipulazione del contratto, con rinuncia da parte della Compagnia all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge. Nei confronti delle persone affette da mancinismo, le percentuali di invalidità previste per l'arto superiore destro e la mano destra, varranno per l'arto superiore sinistro e la mano sinistra e viceversa. Se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita totale, le percentuali indicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.

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

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

Nei casi di invalidità permanente di grado pari o superiore al 50% sarà liquidata l'indennità pari all'intero capitale assicurato.

13. CASO INABILITA' TEMPORANEA

L'indennizzo per inabilità temporanea è dovuto:

- a) integralmente, per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere le sue occupazioni;
- b) al 50%, per ogni giorno in cui l'Assicurato non ha potuto attendere anche in parte alle sue occupazioni.

L'indennizzo per inabilità temporanea viene corrisposto per un periodo massimo di 365 giorni.

L'indennizzo per inabilità temporanea è cumulabile con quelli dovuti per morte, invalidità permanente e diaria da ricovero.

14. FRANCHIGIE PER INVALIDITA' PERMANENTE

La somma assicurata per Invalidità Permanente fino ad €. 500.000,00 non è soggetta a nessuna franchigia. Per la somma assicurata da €. 500.000,00 ad €. 1.000.000,00 viene applicata una franchigia del 5%.

15. MODALITA' DI VALUTAZIONE DEL DANNO - CONTROVERSIE

Le divergenze sul grado di invalidità permanente o sul grado o durata dell'inabilità temporanea o sulla liquidabilità della diaria, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dall'art. 10, sono demandate per iscritto ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei Medici.

Il Collegio Medico risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da esso designato, contribuendo per la metà delle spese e competenza per il terzo medico.

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

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

16. ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI

Poiché la presente assicurazione è stipulata per conto altrui gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dalla Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'articolo n. 1891 del Codice Civile.

17. DIRITTO DI SURROGAZIONE

La Compagnia rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'articolo n. 1916 del Codice Civile verso i Terzi responsabili dell'infortunio.

CONDIZIONI PARTICOLARI

CP 1) PRECISAZIONI

Si precisa che sono considerati infortuni anche:

- l'asfissia causata da fuga di gas o di vapore;
- soffocamento da ingestione di solidi;
- gli avvelenamenti o intossicazioni acuti da ingestione di cibo o altre sostanze;
- intossicazioni anche aventi origine traumatica;
- le affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi, escluse per queste ultime quelle di cui gli insetti siano portatori necessari, le punture vegetali, nonché le infezioni (quelle tetaniche) conseguenti ad eventi risarcibili a termini di polizza;
- le ustioni animali e/o vegetali in genere, in contatto con corrosivi;
- l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento;
- la folgorazione e scariche elettriche in genere;
- colpi di sole e di calore;
- le lesioni determinate da sforzi, esclusi gli infarti e le ernie;
- le conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche di altre cure rese necessarie da infortunio.

L'assicurazione vale anche per:

- gli infortuni sofferti in stato di malore o incoscienza o conseguenti a vertigini;
- gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- gli infortuni derivanti da influenze termiche ed atmosferiche;
- gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza, purché non alla guida di autoveicoli;
- gli infortuni derivanti da aggressioni, attentati, atti di terrorismo e vandalismo, tumulti e insurrezioni popolari, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva e volontaria;
- gli infortuni subiti in occasione di dirottamento e pirateria aerea;
- gli infortuni conseguenti a colpi di sonno.

CP 2) INDIVIDUAZIONE DELLE PERSONE ASSICURATE

La Contraente è esonerata dall'obbligo di presentare preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate.

Per l'identificazione delle persone assicurate si fa riferimento alla documentazione dei competenti uffici che l'Amministrazione Comunale si impegna a far pervenire alla Compagnia in caso di richiesta.

CP 3) EVENTI SOCIOPOLITICI

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

CP 4) CALAMITA' NATURALI

Sono compresi gli infortuni derivanti da calamità naturali e dalle forze della natura quali terremoto, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni, straripamenti, mareggiate, frane, grandine e neve.

CP 5) RISCHIO GUERRA

L'assicurazione vale anche per gli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) o insurrezioni per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero in un paese sino ad allora in pace.

CP 6) ERNIE TRAUMATICHE DA SFORZO - ERNIE ADDOMINALI

A parziale deroga delle Condizioni Generali di Assicurazione, l'assicurazione è estesa, limitatamente ai casi di Invalidità Permanente e di Invalidità Temporanea, quest'ultima sempre che sia prevista dal contratto, alle ernie addominali da sforzo o traumatiche con l'intesa che:

- qualora risulti operabile, viene corrisposta solamente l'indennità per il caso di Inabilità Temporanea e fino ad un massimo di trenta giorni;
- qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, viene corrisposta solamente un'indennità non maggiore del 10% della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente Totale;
- qualora insorga contestazione circa la natura e l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio medico di cui alle Condizioni Generali di Assicurazione.

CP 7) MORTE PRESUNTA

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile il corpo dell'assicurato scompaia e non venga ritrovato e si presume sia avvenuto il decesso, la Compagnia liquiderà ai beneficiari designati in polizza il capitale previsto per il caso di morte.

La liquidazione, sempreché non siano nel frattempo emersi elementi tali da rendere il danno non indennizzabile, non avverrà prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione e accoglimento dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta proposta ai termini degli articoli n. 60 e n. 62 del Codice Civile.

Nel caso che successivamente al pagamento risulti che la morte non si è verificata o che comunque non è dipesa da infortunio indennizzabile, la Compagnia avrà diritto di rimborso dell'intera somma liquidata.

CP 8) RESPONSABILITA' DELLA CONTRAENTE

Qualora l'infortunato o, in caso di morte i beneficiari – o - soltanto qualcuno di essi - non accettino, a completa tacitazione per l'infortunio, l'indennità dovuta ai sensi della presente polizza e avanzino verso la Contraente maggiori pretese a titolo di Responsabilità Civile, detta indennità nella sua totalità viene accantonata per essere computata nel risarcimento che la Contraente fosse tenuta a corrispondere per sentenza o transazione.

Qualora l'infortunato o gli anzidetti beneficiari recedano all'azione di Responsabilità Civile, o rimangano in essa soccombenti, l'indennità accantonata viene pagata agli stessi sotto deduzione, a favore della Contraente, delle spese di causa sostenute da quest'ultima.

CP 9) RISCHIO IN ITINERE

La garanzia comprende gli infortuni sofferti dagli Assicurati durante il tempo necessario a percorrere l'itinerario per via ordinaria dalla propria abitazione al luogo di lavoro e viceversa.

CP 10) RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO

Gli assicuratori rimborsano agli assicurati, per i quali la garanzia è prevista in polizza, in caso di infortunio risarcibile a termini di polizza, il costo delle spese mediche sostenute per visite mediche sostenute in Istituti legalmente riconosciuti, fino alla concorrenza per ogni evento, dell'importo assicurato indicato in polizza.

Per cure mediche si intendono:

- spese ospedaliere o cliniche;
- onorari medici, chirurgici, infermieristici e di assistenza;
- onorari a medici legali, medici di parte e/o componenti del Collegio medico così come Art. 15 delle Norme che regolano l'assicurazione infortuni;
- accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio;
- spese per il trasporto su ambulanze e/o mezzi speciali di soccorso all'Istituto di cura o all'ambulatorio;
- spese fisioterapeutiche in genere e spese farmaceutiche;
- spese per la prima protesi;
- spese sostenute per tickets;
- spese odontoiatriche;
- spese per lenti ed occhiali.

Rimangono espressamente escluse le spese sostenute per operazioni di plastica, salvo quelle rese necessarie per eliminare o contenere il grado di invalidità permanente.

Tale garanzia viene prestata con una franchigia di €. 150,00 per singolo evento.

CP 11) LIMITI DI RISARCIMENTO

Nel caso l'infortunio che colpisse contemporaneamente più persone assicurate, in conseguenza di un unico evento, si conviene che il limite massimo di risarcimento ammonta a €. 5.000.000,00=.

Limitatamente alla garanzia Rimborso spese Mediche da Infortunio la Compagnia risponderà entro un limite massimo di €. 100.000,00 per anno assicurativo.

CP 12) DEROGA DENUNCIA ALTRE ASSICURAZIONI

In deroga a quanto disposto dalle Condizioni Generali di Assicurazione, la Contraente è esonerata dall'obbligo di denunciare le altre eventuali assicurazioni che i singoli Assicurati avessero in corso o stipulassero in proprio con altre Compagnie.