



COMUNE DI LEINI'

Lotto n° 4

**Capitolato speciale
ASSICURAZIONE INFORTUNI CUMULATIVA**

DEFINIZIONI

Nel testo che segue, si intende per:

Amministrazione o Ente

L'Ente contraente, gli Enti e le Società assicurati dalla polizza;

Assicurato

Il soggetto, persona fisica o giuridica, il cui interesse è protetto dalla assicurazione;

Contraente

Il soggetto, persona fisica o giuridica, che stipula la assicurazione;

Attività dell'Amministrazione

L'esercizio delle attività e competenze previste e/o consentite e/o delegate da leggi, regolamenti o altri atti amministrativi, e le attività accessorie, complementari, connesse e collegate, preliminari e conseguenti alle principali, nessuna esclusa e comunque svolte, anche avvalendosi di strutture di terzi, e/o affidando a terzi l'utilizzo di proprie strutture;

Società

La Compagnia assicuratrice e le eventuali mandanti nonché, laddove presenti, le Agenzie delle stesse (in gestione diretta o in economia) alle quali viene assegnato il contratto;

Broker

A.T.I. PCA Spa (Capogruppo) AON S.p.A. (Mandante);

Assicurazione

Il contratto di assicurazione;

Polizza

Il documento che prova e regola la assicurazione;

Franchigia

La parte di danno che l'assicurato tiene a suo carico e che per ciascun sinistro viene dedotta dall'indennizzo. Nel caso di franchigia assoluta gli importi di danno inferiori alla franchigia non sono rimborsabili e quelli superiori sono ridotti della misura della franchigia;

Sinistro

L'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione;

Indennizzo

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro;

Liquidazione del danno

La determinazione della somma rimborsabile a titolo di indennizzo;

Annualità assicurativa o periodo assicurativo

Il periodo compreso tra la data di effetto e la data di prima scadenza annuale, o tra due date di scadenza annuale tra loro successive, o tra l'ultima data di scadenza annuale e la data di cessazione della assicurazione;

Infortunio

L'evento avvenuto per causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche o patologie oggettivamente constatabili;

Invalidità permanente

La perdita della capacità generica ad attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla propria professione (invalidità assoluta), o la riduzione irrimediabile e definitiva della capacità ad attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo (invalidità parziale);

Inabilità temporanea

L'impedimento temporaneo generale (inabilità assoluta) o la limitazione (inabilità parziale) all'esercizio delle attività svolte dall'assicurato.

Ospedale, clinica, casa o istituto di cura

La struttura autorizzata, in base alla normativa vigente, al ricovero di pazienti e/o alla assistenza sanitaria con degenza diurna; non rientrano in questa definizione le strutture termali, di convalescenza, di soggiorno, per le attività diverse da quelle di ricovero e/o di assistenza sanitaria;

Rischio professionale

L'evento o la patologia verificatosi durante o riconducibile allo svolgimento delle attività professionali e/o comunque riconducibile al rapporto con la Azienda;

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1: Durata del contratto

La copertura assicurativa ha effetto dalle ore 24.00 del 31.12.2019, per tutti gli Enti Contraenti, e scadenza alle ore 24.00 del 31.12.2022, con scadenze annuali intermedie al 31 dicembre di ciascun anno.

E' espressamente escluso il tacito rinnovo.

E' facoltà di ciascuna delle parti rescindere il contratto in occasione di ogni scadenza annuale intermedia mediante comunicazione raccomandata inviata dall'una all'altra parte almeno 60 (sessanta) giorni prima di tale scadenza, fermo che non è consentito alla Società assicuratrice inviare disdetta/recesso solo per una o alcune delle garanzie previste; resta inteso che in caso di recesso notificato dalla Società al Contraente ai sensi del presente comma, il Contraente potrà richiedere la proroga delle garanzie ai sensi del comma precedente per un periodo massimo di ulteriori 6 (SEI) mesi.

Resta inteso tra le parti che nel corso del periodo contrattuale possono intervenire revisioni delle condizioni normative e/o economiche, laddove emergano elementi tali da giustificare la loro variazione.

Art. 2: Gestione del contratto

La gestione e assistenza nell'esecuzione del contratto è affidata al Broker di assicurazione A.T.I. PCA Spa (Mandataria) AON S.p.A. (Mandante) – Viale Isonzo 14.1 Milano.

Anche ai sensi del D.Lgs. 209/05 Codice delle Assicurazioni e s.m.i., l'Amministrazione e la Società si danno reciprocamente atto che tutti i rapporti, compreso il pagamento dei premi, avverranno per il tramite del Broker Mandatario; la Società dà atto che il pagamento dei premi al Broker Mandatario è liberatorio per l'Amministrazione, e riconosce ad esso un periodo di differimento per la loro corresponsione con scadenza il 10° giorno lavorativo del mese successivo a quello in cui scade il termine di pagamento per la Amministrazione.

Tutte le comunicazioni riguardanti il contratto – che dovranno essere necessariamente inviate a mezzo posta raccomandata, telefax o posta elettronica con avviso di ricevuta - avverranno anch'esse per il tramite del Broker Mandatario, che viene quindi riconosciuto dalle parti quale mittente e/o destinatario in luogo e per conto delle stesse.

Al Broker Mandatario verranno retrocesse dall'Impresa o dall'Agenzia mandataria dell'Impresa, provvigioni pari al 10% dei premi imponibili complessivamente pagati.

Nell'eventualità che la gestione del presente contratto sia affidata ad un Corrispondente o Coverholder dei Lloyd's di Londra, si prende e si dà atto che:

Ogni comunicazione effettuata al Corrispondente si considererà come effettuata agli Assicuratori;

Ogni comunicazione effettuata dal Corrispondente si considererà come effettuata dagli Assicuratori.

Ogni comunicazione effettuata al Broker Mandatario dal corrispondente ... s'intenderà come fatta all'assicurato;

Ogni comunicazione effettuata dal Broker Mandatario al corrispondente si intenderà come fatta dal Contraente/Assicurato stesso.

Art. 3: Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e buona fede

In deroga agli artt. 1892, 1893, 1894 e 1898 del Cod. Civ. si prende atto che la mancata o inesatta comunicazione da parte della Contraente di circostanze o di mutamenti che aggravino il rischio non comporterà l'annullamento del contratto, né la decadenza dal diritto all'indennizzo, né la riduzione dello stesso, né cessazione dell'assicurazione sempre che tale mancata o inesatta comunicazione sia avvenuta in buona fede.

Le parti convengono che le variazioni che comportano aggravamento del rischio conseguenti a disposizioni di leggi, di regolamenti o di atti amministrativi, non sono soggette alla disciplina dell'art. 1898 del Codice Civile e l'eventuale nuovo rischio rientra automaticamente in garanzia senza modifica del premio sempre che tali circostanze o mutamenti non riguardino l'inclusione di tipologie di rischio diverse da quanto garantito dal presente contratto.

La Società ha il diritto di percepire la differenza di premio corrispondente al maggior rischio non valutato per effetto di circostanze non note, a decorrere dal momento in cui la circostanza si è verificata.

Art. 4: Coesistenza di altre assicurazioni

L'Amministrazione e gli assicurati sono esonerati dall'obbligo di comunicare alla Società la esistenza e /o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio.

In caso di sinistro, la Amministrazione e gli assicurati devono darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri ai sensi dell'art. 1910 Cod. Civ.; la Società rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 5: Riferimento alle norme di legge - Foro competente

Per quanto non previsto dalle presenti condizioni contrattuali – che verranno interpretate in maniera favorevole all'Assicurato, qualora fossero discordanti tra loro - valgono unicamente le norme stabilite dal Codice Civile.

Per le controversie riguardanti l'applicazione del contratto, è competente l'Autorità Giudiziaria del luogo ove ha sede la Amministrazione.

Art. 6: Pagamento del premio - Termini di rispetto

Anche in deroga al disposto dell'art. 1901 Codice Civile, l'Amministrazione pagherà alla Società, per il tramite del broker, i premi o le rate di premio entro i 90 giorni successivi all'effetto dell'assicurazione, nonché i suoi rinnovi e delle eventuali variazioni e regolazioni onerose.

Trascorsi senza esito i termini sopra indicati, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 dell'ultimo giorno utile e riprende la sua efficacia dalle ore 24 del giorno di pagamento del premio, ferme restando le scadenze contrattuali convenute.

Qualora le eventuali verifiche effettuate dal Contraente presso Equitalia Servizi S.p.A., ai sensi del Decreto Ministeriale n. 40 del 18/01/2008 e della Circolare del Ministero dell'Economia e delle Finanze n. 22 del 29/07/2008, evidenziassero un inadempimento a carico della Società, la Società stessa da atto che l'Assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuate dal Contraente ai sensi di legge, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 (trenta) giorni di cui all'art. 3 del Decreto sopra citato.

Inoltre 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.

Qualora le eventuali verifiche effettuate dal Contraente presso Equitalia Servizi S.p.A., ai sensi del Decreto Ministeriale n. 40 del 18/01/2008 e della Circolare del Ministero dell'Economia e delle Finanze n. 22 del 29/07/2008, evidenziassero un inadempimento a carico della Società, la stessa si impegna comunque a ritenere in copertura il rischio di cui trattasi, dietro presentazione, da parte del Contraente, di documentazione idonea a comprovare la corresponsione del premio ad Equitalia Servizi S.p.A. in applicazione alle disposizioni di cui al Decreto Ministeriale ed alla Circolare del Ministero dell'Economia e delle Finanze sopra richiamati.

Art. 7: Rinuncia al diritto di rivalsa

Le prestazioni del contratto sono efficaci anche qualora il sinistro sia causato da comportamenti colposi dell'Assicurato ai sensi dell'art. 1900 C.C.. La Società rinuncia al diritto di surrogazione che le compete ai sensi dell'art. 1916 C.C., salvo il caso di dolo, nei confronti del Contraente e dell'Assicurato.

Art. 8: Facoltà di recesso

Avvenuto un sinistro e sino al 30° giorno successivo alla sua definizione, ciascuna delle parti può recedere dal contratto previa comunicazione all'altra con lettera raccomandata A.R. .

In tale caso la copertura assicurativa rimarrà efficace per ulteriori 120 giorni dal ricevimento dell'avviso di recesso da una delle parti.

Nei 30 giorni successivi al termine di tale periodo la Società rimborserà alla Amministrazione il rateo di premio per il periodo non fruito, al netto delle imposte.

Qualora invece il contratto abbia una scadenza intermedia (di rata o anniversaria) cadente nel periodo di copertura successivo al ricevimento dell'avviso di recesso, la Società emetterà una appendice, sostitutiva di quietanza, riportante l'importo di premio che la Amministrazione dovrà corrispondere (nei termini di cui all'articolo pagamento del premio che precede) per il periodo corrente da tale data di scadenza intermedia fino alla data di termine della prosecuzione della copertura assicurativa, calcolato in misura pari a 1/365 del premio annuale per ogni giorno di copertura.

Art. 9: Interpretazione del contratto

Si conviene fra le Parti che verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole all'Assicurato e/o al Contraente su quanto contemplato dalle condizioni tutte di polizza.

Art. 10: Prevalenza

Tutte le condizioni generali, speciali ed aggiuntive dello stampato di polizza incompatibili con le presenti condizioni particolari si intendono abrogate.

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 (se esistente).

Art. 11: Informativa sui sinistri

La Società si impegna a fornire al Contraente e/o al Broker incaricato, con cadenza trimestrale, e in ogni caso sei mesi prima della scadenza del contratto, qualificati resoconti sullo stato dei sinistri denunciati sul presente contratto ed in formato digitale (Excel o equipollente), che comprendano i seguenti indispensabili elementi:

- a. n° di riferimento o repertorio attribuito dalla Compagnia;
- b. data dell'evento;
- c. indicazione dell'Amministrazione interessata dal danno, ovvero l'Ente assicurato riportato in ciascuna scheda attuativa;
- d. nominativo del danneggiato e/o controparte interessata (se del caso);
- e. stato del sinistro (ovvero l'indicazione di liquidato, riservato o senza seguito);
- f. importo liquidato e/o riservato.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI CUMULATIVA
--

Art. 12: Soggetti assicurati

Sono assicurati i soggetti rientranti nei gruppi richiamati nelle Schede TECNICHE di conteggio del premio del presente contratto.

Art. 13: Oggetto dell'assicurazione

Oggetto dell'assicurazione sono gli infortuni occorsi agli assicurati dai quali derivi la morte, o una invalidità permanente assoluta o parziale, o una inabilità temporanea, e/o esborsi per spese mediche.

Art. 14: Limiti territoriali

La copertura assicurativa si riferisce, senza limiti territoriali, agli infortuni sofferti dagli assicurati.

Art. 15: Estensioni della copertura

L'assicurazione comprende anche – a titolo esemplificativo e non limitativo - gli infortuni conseguenti a o derivanti da:

- ◇ imprudenze e negligenze e colpa grave ai sensi dell'art.1900 C.C.;
- ◇ malore ed incoscienza, purché non determinati da uso di sostanze stupefacenti o simili assorbite per scopi non terapeutici;
- ◇ calamità naturali; solo per il punto in parola, nel caso di infortunio che riguardi contemporaneamente più persone assicurate in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo a carico della Società non potrà superare l'importo di € 10.000.000,00 (diecimilioni/00) per anno assicurativo; superando questo limite, le indennità spettanti verranno proporzionalmente ridotte;
- ◇ tumulti popolari, atti di pirateria, atti terroristici, aggressioni, atti violenti e/o azioni coercitive di terzi qualunque ne sia il movente;
- ◇ stati di guerra (dichiarata o non dichiarata) 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 non in stato di guerra;

nonché':

- ◇ l'annegamento ed asfissia di natura accidentale
- ◇ l'avvelenamento da ingestione o l'assorbimento subitaneo di sostanze nocive
- ◇ il contatto con corrosivi
- ◇ le lesioni, compresa l'ernia ma esclusi gli infarti, determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico
- ◇ la folgorazione, i colpi di sole o di calore, l'assideramento o il congelamento
- ◇ le influenze termiche e atmosferiche

◇ i morsi di animali o punture di insetti.

Art. 16: Rischio in itinere (valido se richiamato nelle singole partite di polizza)

La garanzia è operante durante tutti i trasferimenti, effettuati con qualsiasi mezzo di locomozione, oppure a piedi, dall'Assicurato, tra la propria abitazione o dimora, anche se occasionale, ed il normale luogo di lavoro e/o la abituale destinazione, sia all'andata che al ritorno, oppure qualsiasi altro luogo ove l'Assicurato si rechi a svolgere la propria mansione, occupazione o qualsiasi altra attività comunque assicurata.

La garanzia è operante anche durante le operazioni di salita e discesa dai mezzi di trasporto, sia pubblici che privati.

La presente garanzia opera inoltre, nei termini di cui sopra, per via del proprio stato di "Reperibilità" professionale, dal luogo ove l'assicurato si trovava al momento della chiamata, e per qualsiasi luogo in cui l'Assicurato si rechi in virtù delle mansioni e della professione e svolta.

Art. 17: Liquidazione del danno

1. In caso di **infortunio mortale** la Società liquiderà ai beneficiari (specificati dall'assicurato o, in mancanza, ai suoi eredi legittimi e/o testamentari) un importo pari a quello indicato nella Scheda TECNICA.

In caso di **morte presunta** dell'assicurato, l'importo verrà liquidato dopo che siano trascorsi sei mesi dalla avvenuta presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta ai sensi degli artt. 60 e 62 C.C., e ciò anche se il corpo dell'assicurato non è stato ritrovato ma si presume che il decesso sia avvenuto a seguito di infortunio; qualora la Società abbia pagato l'indennità dovuta e dopo ciò risulti che l'assicurato sia vivo, la stessa avrà diritto alla restituzione della somma liquidata ed a restituzione avvenuta l'assicurato potrà far valere i propri diritti nel caso di invalidità permanente.

Qualora il decesso avvenga in una località diversa da quella della sede di lavoro o della residenza dell'Assicurato, la Società rimborserà altresì fino alla concorrenza di euro 2.000,00 (euro duemila) le spese necessarie per il trasporto della salma fino alla residenza dell'Assicurato.

2. Se l'infortunio ha per conseguenza una **invalidità permanente**, la Società liquida per tale titolo, l'indennità calcolandola sulla somma assicurata indicata secondo le percentuali previste dalla "Tabella per l'industria allegata al Regolamento per l'esecuzione del D.P.R. 30 giugno 1965 N.1124" e successive modifiche.

La Società rinuncia all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla Legge stessa in caso di infortunio.

Per gli Assicurati mancini le percentuali di Invalidità Permanente previste dalla precitata tabella per l'arto superiore destro varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa.

La perdita totale e irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di

minorazione, le percentuali della tabella sopraindicata vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.

Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti, l'indennità viene stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al limite massimo del 100%.

Per la singole falangi terminali delle dita, escluso il pollice, si considera Invalidità Permanente soltanto l'asportazione totale.

L'indennità per la perdita funzionale od anatomica di una falange del pollice è stabilita nella metà, per la perdita anatomica di una falange dell'alluce nella metà e per quella di una falange di qualunque altro dito in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella Tabella D.P.R. 30 giugno 1965 N.1124 l'indennità è stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi elencati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla sua professione.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali sopraindicate sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute, senza obbligo per la Contraente di denuncia dei difetti fisici, infermità o mutilazioni da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione del contratto o che dovessero in seguito sopravvenire. 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'indennizzo per invalidità permanente è liquidato per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra.

La Società, qualora abbia liquidato o comunque offerto in misura determinata l'indennizzo per la invalidità permanente da infortunio e l'assicurato sia deceduto entro due anni dall'evento, ed in conseguenza di questo, pagherà agli aventi diritto, secondo le norme della successione legittima o testamentaria, la differenza tra questo e l'indennizzo determinato per il caso di morte, se superiore, e nulla richiedendo in caso contrario.

3. In caso di infortunio verranno rimborsate fino alla concorrenza per evento e anno assicurativo dell'importo indicato per questo caso alla voce **Spese Mediche** nella Scheda TECNICA, le spese sostenute quali, a titolo esemplificativo e non limitativo:
 - ◇ spese di ricovero, rette di degenza in istituto di cura pubblico o privato;
 - ◇ onorari dei chirurghi e dell'equipe operatoria,

- ◇ uso della sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi terapeutici, protesi e endoprotesi applicati durante l'intervento,
- ◇ esami, esami di laboratorio, accertamenti diagnostici,
- ◇ applicazione di apparecchi gessati, bendaggi, e docce di immobilizzazione,
- ◇ trattamenti fisioterapici e rieducativi, bagni, forni e altre cure mediche occorrenti,
- ◇ trasporto dell'assicurato a qualsiasi Istituto di cura pubblico o privato, e il ritorno a casa, oppure direttamente all'abitazione dell'assicurato, effettuato con ambulanza e/o mezzi speciali di soccorso,
- ◇ prestazioni mediche e infermieristiche, medicinali, sangue, plasma, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesi e sanitari e attrezzature similari.

ed inoltre, limitatamente agli assicurati di cui alle Partite denominate - Rischio infortuni degli iscritti agli istituti educativi comunali, degli utenti di attività didattiche e dei partecipanti a soggiorni e centri estivi e invernali:

- cure odontoiatriche e odontotecniche, e per protesi dentarie, a seguito di sinistro indennizzabile a termini di polizza; tale garanzia è prestata sino alla concorrenza di Euro 2.000,00 per sinistro;
- acquisto di lenti, comprese quelle a contatto, reso necessario da un danno oculare o comunque da un infortunio indennizzabile a termini di polizza; tale garanzia è prestata sino alla concorrenza di Euro 500,00 per sinistro.

Qualora l'Assicurato venga ritenuto non curabile nell'ambito della organizzazione ospedaliera del luogo ove e' avvenuto l'infortunio, la Società rimborsa inoltre fino alla concorrenza di euro 3.000,00 (euro tremila/00) le spese di trasferimento con il mezzo più idoneo al centro ospedaliero attrezzato per la cura dell'Assicurato più vicino alla sua residenza.

La Società effettuerà i rimborsi, previa presentazione dei documenti giustificativi di spesa in originale, a cura ultimata.

In caso di infortunio subito in occasione di viaggio aereo (comprese le fasi di imbarco e di sbarco e intendendo in garanzia il viaggio solo se effettuato dall'assicurato in qualità di passeggero a bordo di velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linea aerea regolare e non regolare, di aerotaxi, di Autorità civili e militari in occasione di traffico civile, di ditte e privati – esclusi aeroclubs - per attività turistica e di trasferimento, nonché di Società di lavoro aereo durante il trasporto pubblico di passeggeri, o per attività di protezione civile e/o di emergenza sanitaria - elisoccorso), la somma degli indennizzi spettanti non potrà superare complessivamente per aeromobile l'importo di euro 7.500.000,00; superando questo limite, le indennità spettanti verranno proporzionalmente ridotte.

Con riferimento a tale rischio aeronautico e a parziale deroga di quanto previsto all'art. Estensioni di copertura relativamente alla efficacia della stessa riguardante gli stati di guerra, si conviene tra le parti che la copertura assicurativa e' efficace anche per i sorvoli e/o le soste non voluti dall'assicurato in zone in stato di guerra (per guasti, dirottamenti o altre circostanze similari).

In caso di infortuni sofferti contemporaneamente da più Assicurati che siano causati, riconducibili o conseguenti ad un medesimo evento, causa o circostanza, l'esborso a carico della Società – limite catastrofale – non potrà superare la somma complessiva di euro 10.000.000,00 (diecimilioni/00), con il limite di € 20.000.000,00 (ventimilioni/00) valido per la totalità delle Amministrazioni assicurate.

Superando detto limite, gli indennizzi spettanti a ciascun Assicurato verranno ridotti proporzionalmente.

Art. 18: Danni estetici

Si conviene che in caso di un infortunio indennizzabile a termini contrattuali che produca conseguenze di carattere estetico, ma che non comporti risarcimento a titolo di Invalidità Permanente, la Compagnia liquiderà comunque le spese sostenute dall'Assicurato per le cure e gli interventi, anche chirurgici, effettuati allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico.

La presente garanzia è prestata sino alla concorrenza di Euro 25.000,00 per sinistro.

Art. 19: Clausola dirigenti

Resta tra le parti convenuto che limitatamente alle persone assicurate con qualifica di Dirigente, e rientranti nell'apposita partita di rischio, si stabilisce che:

- a) la garanzia si intende prestata anche per le malattie professionali riconosciute per l'industria esercita dal Contraente dal D.P.R. del 30 giugno 1965 n. 1124 e successive modifiche intervenute fino alla data di stipulazione del presente contratto.

La presente estensione opera per le malattie professionali manifestatesi durante il periodo di validità della polizza, anche se conseguenti a fatti colposi posti in essere precedentemente la decorrenza del contratto; a tale riguardo il Contraente dichiara che all'atto del perfezionamento del presente contratto i Dirigenti, da ritenersi assicurati, non presentano alcuna manifestazione morbosa riferibile alle predette malattie.

- b) In caso di invalidità permanente causata da malattia professionale, la valutazione delle percentuali di permanente viene effettuata in base alla tabella annessa al D.P.R. del 30 giugno 1965 n. 1124 (per l'industria) e con rinuncia da parte della Società all'applicazione delle franchigie relative previste dalla Legge, con intesa che le percentuali

indicate nella tabella anzidetta vengano in caso riferite ai capitali assicurati indicati in polizza per il caso di invalidità permanente assoluta e che la liquidazione viene fatta dalla Società in contanti anziché sotto forma di rendita;

- c) Qualora in conseguenza di infortunio o di una malattia professionale, l'attitudine al lavoro dell'Assicurato risulti permanentemente ridotta in misura superiore ai 2/3 terzi la somma assicurata per il caso di invalidità permanente viene liquidata al 100% (cento per cento)

Fermo quanto precede, la presente estensione di garanzia opera altresì per le malattie professionali manifestatesi entro dodici mesi dalla data di cessazione del contratto, o dalla data di cessazione del rapporto di lavoro dell'assicurato con l'Amministrazione.

Il massimale indicato all'articolo *Partite e gruppi assicurati – Somme assicurate* rappresenta anche l'esposizione massima della Società, per anno assicurativo, indipendentemente dal numero dei danneggiati e dalle cause che hanno determinato la richiesta.

La garanzia non vale:

- per le malattie professionali connesse alla lavorazione dell'amianto e/o della silice;
- per i casi di contagio da virus HIV;
- per la ricaduta di malattie professionali già precedentemente indennizzate o indennizzabili;
- per le malattie professionali conseguenti alla intenzionale mancata osservanza delle disposizioni di legge da parte dei rappresentanti legali delle Amministrazioni.

Art. 20: Modalità per la liquidazione dell'indennità

La Società, ricevuto il certificato medico di guarigione o l'atto di morte, provvederà al pagamento delle indennità entro 60 giorni dal ricevimento di tali documenti.

La Società effettua il rimborso delle spese mediche di cui al punto 3 dell'articolo "Liquidazione del danno" a cura ultimata e previa presentazione dei documenti giustificativi di spesa in originale.

Qualora l'infortunio indennizzabile ai sensi di polizza comporti una invalidità permanente di grado superiore al 20% (ventiprocento), la Società porrà a disposizione dell'infortunato un terzo della indennità corrispondente al danno al momento valutato, con riserva di successivo accertamento e conguaglio; il pagamento di tale anticipazione avverrà entro 30 giorni dal ricevimento, da parte della Società, della certificazione medica da cui risulti l'entità presunta della invalidità.

Art. 21: Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli eventi sofferti in conseguenza di:

- ◇ azioni delittuose - accertate con giudizio penale passato in giudicato - compiute o tentate dall'assicurato, salvo che siano conseguenti a legittima difesa o umana solidarietà;
- ◇ trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dalla accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti, non riconducibili a scopi connessi alle attività della Amministrazione;
- ◇ guerra od insurrezione, ad eccezione di quanto previsto al precedente art. Estensioni della copertura;
- ◇ atti di terrorismo posti in essere tramite l'uso di sostanze nucleari, biologiche, batteriologiche o chimiche;
- ◇ abuso di psicofarmaci o da uso non terapeutico di stupefacenti od allucinogeni, o da ubriachezza alla guida di veicoli a motore o natanti;
- ◇ partecipazione ad imprese temerarie, salvo che si tratti di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- ◇ operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- ◇ guida di mezzi di locomozione aerei;
- ◇ guida di veicoli o natanti per i quali l'assicurato non sia regolarmente abilitato;
- ◇ pratica del paracadutismo e sport aerei in genere.

Art. 22: Controversie sulla definizione del danno

La determinazione della natura delle lesioni e la valutazione delle conseguenze dannose attribuibili all'evento sono effettuate dalla Società e dall'assicurato. A tal fine la Società invierà a quest'ultimo una proposta di indennità.

Qualora l'assicurato non intenda accettare la proposta pervenuta, la valutazione delle conseguenze attribuibili all'evento verrà, su domanda dello stesso, deferita ad un collegio di tre periti nominati uno dalla Società assicuratrice, uno dall'assicurato ed il terzo in accordo fra i primi due o, in difetto, dal Presidente del Tribunale del Foro ove ha sede la Amministrazione. Il collegio peritale eleggerà la propria residenza presso la sede della Amministrazione.

I periti, tenendo presenti le condizioni negoziali contenute nel presente contratto, decideranno a maggioranza.

La loro decisione sarà impegnativa per le parti ed inappellabile anche in eventuale mancanza di sottoscrizione del perito dissenziente.

Art. 23 Denuncia dei sinistri – Impegni della Società

La denuncia del sinistro verrà effettuata per iscritto dalla Amministrazione, anche per il tramite del broker, entro trenta giorni lavorativi dall'evento o da quando l'Ufficio Assicurazioni della stessa ne sia venuto a conoscenza, e conterrà l'indicazione del giorno, luogo e ora dell'evento, la descrizione delle cause che lo determinarono, l'indicazione dei nominativi di eventuali testimoni, nonché tutti gli elementi atti a consentire una adeguata

ricostruzione dell'evento, e sarà corredata delle certificazioni mediche e di ogni ulteriore documentazione necessaria.

L'assicurato o gli aventi diritto devono consentire le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dalla Società.

Inoltre, e sempre a questo scopo, l'assicurato si obbliga a liberare dal segreto professionale i medici curanti o dallo stesso interessati.

Qualora l'evento abbia causato la morte dell'assicurato o quando questa intervenga durante il periodo di cura, deve esserne dato prima possibile avviso a mezzo telefax o posta elettronica alla Società.

Art. 24: Partecipazione delle Società – Associazione temporanea di imprese

(operante se del caso)

Il servizio assicurativo di cui alla presente polizza e' effettuato dalle Compagnie assicuratrici componenti la Associazione Temporanea di Imprese:

⇒ Compagnia ... Società mandataria

⇒ Compagnia ... Società mandante

⇒ Compagnia ... Società mandante

Il termine "Società" indica quindi tutte e ciascuna delle Compagnie assicuratrici costituenti l'Associazione Temporanea di Imprese.

La Società mandante riconosce come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti compiuti dalla Società mandataria per conto comune.

Le Società convengono che l'incasso dei premi di polizza avverrà per il tramite del broker, che provvederà a corrisponderlo a ciascuna Società secondo le rispettive quote percentuali di partecipazione alla Associazione Temporanea di Imprese:

⇒ Compagnia ... Quota xx%

⇒ Compagnia ... Quota xx%

⇒ Compagnia ... Quota xx%

Art. 25: Riparto di coassicurazione e delega

(operante se del caso)

L'assicurazione è ripartita tra le Società assicuratrici elencate nel "Riparto" che segue, in base alle rispettive quote percentuali indicate.

Il termine "Società" indica quindi tutte e ciascuna delle Compagnie assicuratrici elencate nel "Riparto".

Ciascuna Società è tenuta alla prestazione in proporzione della rispettiva quota, esclusa ogni responsabilità solidale.

Le Compagnie coassicuratrici riconosceranno come validi ed efficaci anche nei propri confronti, tutti gli atti compiuti dalla Compagnia delegataria per conto comune.

Tutte le comunicazioni inerenti al contratto, ivi comprese quelle relative al recesso ed alla disdetta, devono trasmettersi dall'una all'altra parte unicamente per il tramite della Compagnia Coassicratrice Delegataria e del Contraente.

Ogni comunicazione data o ricevuta dalla Delegataria si intende data o ricevuta nel nome e per conto di tutte le Coassicuratrici.

I premi di polizza verranno corrisposti dal Contraente al Broker che li rimetterà unicamente alla Compagnia Delegataria per conto di tutte le Coassicuratrici.

Con la firma della presente polizza o dell'offerta economica in sede di gara, le Coassicuratrici danno mandato alla Società Delegataria a firmare i successivi documenti di modifica anche in loro nome e per loro conto; pertanto la firma apposta dalla società Delegataria rende validi ad ogni effetto i successivi documenti anche per le coassicuratrici.

⇒ Compagnia ...	Quota ... % - Delegataria
⇒ Compagnia ...	Quota ... %
⇒ Compagnia ...	Quota ... %

Art. 26: Trattamento dei dati

Ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003, ciascuna delle parti consente il trattamento dei dati personali rilevabili dalla polizza o che ne derivino, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali.

Art. 27: Tracciabilità dei flussi finanziari

La Società assicuratrice, la Società di brokeraggio assicurativo, nonché ogni altra Impresa a qualsiasi titolo interessata al presente contratto (cd filiera) , sono impegnate a osservare gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari in ottemperanza a quanto previsto dalla Legge 13 agosto 2010 n. 136 e s.m.i. .

I soggetti di cui al paragrafo che precede sono obbligati a comunicare alla Stazione appaltante gli estremi identificativi dei conti correnti bancari o postali dedicati, anche se in via non esclusiva, alle movimentazioni finanziarie relative al presente contratto, unitamente alle generalità e al codice fiscale dei soggetti abilitati ad operare su tali conti correnti.

Tutte le movimentazioni finanziarie di cui al presente contratto dovranno avvenire – salve le deroghe previste dalla normativa sopra citata - tramite bonifico bancario o postale (Poste Italiane SpA) e riportare, relativamente a ciascuna transazione, il Codice Identificativo di Gara (CIG) o, qualora previsto, il Codice Unico di Progetto (CUP) comunicati dalla Stazione appaltante.

Il mancato assolvimento degli obblighi previsti dall'art. 3 della citata Legge n. 136/2010 costituisce causa di risoluzione del contratto, ai sensi dell'art. 1456 cc e dell'art. 3, c. 8 della Legge.

Art. 28: Costituzione del premio e regolazione - Buona fede

Il premio di polizza è calcolato moltiplicando i premi unitari convenuti per i numeri corrispondenti indicati alla voce "Determinazione e calcolo del premio" nella Scheda TECNICA e di conteggio del premio.

Il premio risulta costituito da una rata pagata anticipatamente calcolata sulla base dei dati forniti al perfezionamento del Contratto di Assicurazione,

e da regolazioni annuali (attive o passive) calcolate sulla base dei dati consuntivi; laddove il premio complessivo di partita è calcolato sulla base di premi pro-capite annuali, la regolazione verrà effettuata calcolando ogni giorno di copertura nella misura di $1/365$ del premio annuale.

L'Amministrazione fornirà quindi alla Società entro i 90 giorni successivi alla scadenza di ogni periodo assicurativo, ai fini della regolazione del premio dell'annualità precedente, le variazioni numeriche intervenute per ciascuna partita assicurata, comprese quelle riferite alle partite per le quali il numero riportato alla data di decorrenza del contratto o all'inizio di ogni annualità sia pari a zero.

Trascorso senza esito il termine sopra indicato, la Società è tenuta ad inviare una comunicazione scritta di sollecito; trascorsi senza esito anche i 30 giorni successivi al ricevimento di tale comunicazione, l'assicurazione resta sospesa nei confronti della Amministrazione inadempiente, e per essa riprende la sua efficacia dalle ore 24 del giorno di avvenuta comunicazione scritta di tali dati.

A polizza scaduta, la Società non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

Qualora nel corso dell'annualità assicurativa intervengano variazioni del numero di assicurati per inclusioni o esclusioni, queste si intendono automaticamente efficaci ed assicurate senza l'obbligo della preventiva comunicazione e saranno soggette a conguaglio al termine dell'annualità stessa; si intendono pertanto operanti anche le garanzie riferite ai gruppi per i quali il parametro iniziale sia pari a zero

L'Amministrazione è esonerata dalla preventiva denuncia delle generalità degli assicurati, per la identificazione dei quali si farà riferimento ai documenti ufficiali in possesso della stessa.

Si conviene che, ove l'Amministrazione abbia in buona fede ommesso di fornire o fornito indicazioni inesatte o incomplete, la Società riconoscerà comunque la piena validità del contratto, fatto salvo il suo diritto a richiedere l'eventuale quota di premio non percepita.

Art. 29 Partite e gruppi assicurati – Somme assicurate**A. Amministratori**

La garanzia è prestata per gli Amministratori dell'Ente Contraente, quali individuati nella "Scheda di programma", per gli infortuni occorsi agli stessi durante le riunioni e le assemblee dell'Ente, nonché durante il trasferimento dal luogo di residenza per raggiungere il luogo della riunione e per ritornare al luogo di residenza.

L'assicurazione vale altresì per gli infortuni occorsi agli stessi nello svolgimento delle loro mansioni per conto dell'Ente Contraente e precisamente: durante riunioni, incarichi, missioni e relativi trasferimenti, sempreché sia documentato attraverso verbali, corrispondenza con data certa, atti di repertorio dell'Ente, che l'infortunio si è verificato durante gli eventi sopradescritti.

La garanzia viene prestata per gli infortuni avvenuti durante ed in conseguenza dello svolgimento del mandato e di qualsiasi incarico per conto della Contraente, compresi i rischi della circolazione stradale, sopralluoghi e comunque nello svolgimento di ogni altra mansione inerente al mandato istituzionale ricoperto, per le mansioni svolte in rappresentanza del Comune in altri organi collegiali, nonché durante il trasferimento dal luogo di residenza per raggiungere il luogo della riunione o per ritornare al luogo di residenza.

L'assicurazione è prestata per i capitali sotto riportati:

Soggetti assicurati	Morte	Invalità Permanente	Rimborso spese da infortunio
Sindaco	€ 100.000,00	€ 100.000,00	€ 3.000,00
Assessori	€ 100.000,00	€ 100.000,00	€ 3.000,00
Consiglieri	€ 100.000,00	€ 100.000,00	€ 3.000,00

B. Conducenti veicoli di proprietà dell'Ente, di proprietà di terzi ed in uso esclusivo all'Ente, in locazione o in comodato all'Ente

Conducenti, compresi Segretario Comunale, dirigenti, consiglieri, dipendenti, personale comandato da altri Enti, lavoratori temporanei, collaboratori a progetto, volontari anche in servizio civile, nonché persone non in diretto rapporto di dipendenza con l'Amministrazione, ma della cui opera essa si avvalga a qualsiasi titolo, - nonché le persone di cui sia stato autorizzato il trasporto (art. 23 DPR 333/1990 s.m.i.) che, per ragioni di servizio e/o di lavoro, facciano uso di veicoli di proprietà dell'Amministrazione, di proprietà di terzi e in uso esclusivo all'Amministrazione, in locazione, in comodato, in leasing e a noleggio. La garanzia è operante anche in occasione di missioni esterne svolte per conto di Enti presso i quali i menzionati assicurati siano comandati dal Contraente, anche per incarichi di reggenza e supplenza – sempre che tali incarichi siano considerati i corrispondenti elementi pattuiti per il computo del premio. L'assicurazione vale anche per gli infortuni subiti:

- salendo o scendendo dal mezzo di trasporto
- in caso di fermata del veicolo
- nonché durante le operazioni per la ripresa della marcia.

Sono esclusi dalla presente garanzia amministratori, dirigenti e dipendenti qualora già assicurati in altre parti delle presenti polizze.

Per l'identificazione degli Assicurati si farà riferimento alla documentazione tenuta dall'Amministrazione.

Per la regolazione del premio vale quanto stabilito all'Art. 2) delle Condizioni Generali di Polizza.

Elemento variabile per la costituzione del premio: numero dei veicoli di proprietà e uso dell'Ente.

L'assicurazione è prestata per i capitali sotto riportati:

Soggetti assicurati	Morte	Invalità Permanente	Rimborso spese da infortunio
Conducenti	€ 100.000,00	€ 100.000,00	€ 2.500,00

C. Persone autorizzate dall'Amministrazione a utilizzare il proprio mezzo

Le persone autorizzate dall'Amministrazione, Segretario Comunale, dirigenti, consiglieri, dipendenti, personale comandato da altri Enti, lavoratori temporanei, collaboratori a progetto, volontari anche in servizio civile, nonché persone non in diretto rapporto di dipendenza con l'Amministrazione, ma della cui opera essa si avvalga a qualsiasi titolo, nonché le persone di cui sia stato autorizzato il trasporto (art. 23 DPR 333/1990 s.m.i.), in occasione di missioni o per adempimenti di servizio fuori dall'ufficio, durante la guida di veicoli (compresi motoveicoli) non intestati al P.R.A. all'Amministrazione, limitatamente al tempo strettamente necessario per l'esecuzione di dette prestazioni. La garanzia è operante anche in occasione di missioni esterne svolte per conto di Enti presso i quali i menzionati assicurati siano comandati dal Contraente, anche per incarichi di reggenza e supplenza – sempre che tali incarichi siano considerati i corrispondenti elementi pattuiti per il computo del premio. L'assicurazione vale anche per gli infortuni subiti:

- salendo o scendendo dal mezzo di trasporto
- in caso di fermata del veicolo
- nonché durante le operazioni per la ripresa della marcia.

Sono esclusi dalla presente garanzia amministratori, dirigenti e dipendenti qualora già assicurati in altre parti della presente polizza.

Per l'identificazione degli Assicurati si farà riferimento alla documentazione tenuta dall'Amministrazione.

Per la regolazione del premio vale quanto stabilito all'Art. 2) delle Condizioni Generali di Polizza.

Elemento variabile per la costituzione del premio: chilometri percorsi in missione.

L'assicurazione è prestata per i capitali sotto riportati:

Soggetti assicurati	Morte	Invalità Permanente	Rimborso spese da infortunio
Persone autorizzate	€ 100.000,00	€ 100.000,00	€ 2.500,00

D. Volontari e figure varie

Premesso che il Contraente si avvale dell'opera di Volontari impiegati in attività varie (a titolo esemplificativo e non limitativo: volontari in biblioteca, nonni vigili, guardie ecologiche volontarie, lavoratori socialmente utili, condannati a lavori di pubblica utilità, stagisti, borsisti, ecc.) individuabili in base ad un elenco agli atti del Contraente, l'assicurazione è prestata per l'attività svolta presso il Contraente, per gli spostamenti per incarichi, missioni e relativi trasferimenti, nonché durante il tempo strettamente necessario per compiere il tragitto abituale dalla propria abitazione al luogo di lavoro presso l'Ente Contraente e viceversa.

Assicurato	CAPITALI ASSICURATI CASO MORTE (€)	CAPITALI ASSICURATI INVALIDITÀ PERMANENTE (€)	RIMBORSO SPESE DA INFORTUNIO (€)	INDEN. TEMP. DA INGESS. (€)	DIARIA DA RICOVERO (€)
Volontari	100.000,00	100.000,00	2.500,00	==	==

Per tale garanzia il limite di età previsto all'art. 1.6 è elevato ad anni 85.

Per tale garanzia viene pattuito un premio pro-capite per ogni persona assicurata indicato nella scheda tecnica e viene anticipato dal Contraente salvo conguaglio alla fine della annualità ai sensi dell'art.2 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

E. Asilo Nido e Scuola dell'Infanzia e Attività Ricreative

La garanzia è prestata in favore di bambini/scolari individuabili in base agli atti del Contraente durante lo svolgimento dell'attività didattica dell'Istituzione Comunale, sia all'interno degli edifici, che all'esterno.

La garanzia è prestata altresì durante lo svolgimento delle attività ricreative, corsi, gite di istruzione, ecc. indetti e/o organizzati dal Contraente.

La garanzia decorre dal momento in cui gli assicurati vengono presi in consegna dal personale preposto e cessa al momento della cessazione dell'attività e/o la loro riconsegna ai rispettivi famigliari o a chi per essi.

Assicurato	CAPITALI ASSICURATI CASO MORTE (€)	CAPITALI ASSICURATI INVALIDITÀ PERMANENTE (€)	RIMBORSO SPESE DA INFORTUNIO (€)	INDEN. TEMP. DA INGESS. (€)	DIARIA DA RICOVERO (€)
Bambini/scolari	50.000,00	50.000,00	2.500,00	25,00	25,00

Si precisa che nel rimborso spese di cura sono comprese le protesi oculistiche e apparecchi odontoiatrici, con il rimborso di € 250,00 per lenti, € 100,00 per montatura ed € 250,00 per apparecchi odontoiatrici.

Per tale garanzia viene pattuito un premio pro-capite per ogni persona assicurata indicato nella scheda tecnica e viene anticipato dal Contraente salvo conguaglio alla fine della annualità ai sensi dell'art.2 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

F. Estate Ragazzi

La garanzia è prestata in favore dei partecipanti e degli animatori relativamente alla attività "Estate ragazzi" (organizzata dal Contraente e/o da terzi per conto del Contraente) individuabili in base agli atti del Contraente durante lo svolgimento dell'attività varie, ovunque svolte sia all'interno di edifici vari che all'esterno, nonché in occasione di gite in Italia ed anche all'estero, passeggiate anche a cavallo, giochi vari ed attività sportive amatoriali e di ogni altra attività ovunque organizzata ed con ogni mezzo svolta.

La garanzia decorre dal momento in cui i ragazzi vengono presi in consegna dal personale preposto e cessa al momento della cessazione dell'attività e/o la loro riconsegna ai rispettivi famigliari o a chi per essi.

Assicurato	CAPITALI ASSICURATI CASO MORTE (€)	CAPITALI ASSICURATI INVALIDITÀ PERMANENTE (€)	RIMBORSO SPESE DA INFORTUNIO (€)	INDEN. TEMP. DA INGESS. (€)	DIARIA DA RICOVERO (€)
Partecipanti/Animatori Estate Ragazzi	50.000,00	50.000,00	1.500,00	==	==

Si precisa che nel rimborso spese di cura sono comprese le protesi oculistiche e apparecchi odontoiatrici, con il rimborso di € 250,00 per lenti, € 100,00 per montatura ed € 250,00 per apparecchi odontoiatrici.

Per tale garanzia viene pattuito un premio pro-capite per ogni persona assicurata indicato nella scheda tecnica e viene anticipato dal Contraente salvo conguaglio alla fine della annualità ai sensi dell'art.2 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

G. Bambini Pre e Post Scuola

La garanzia è prestata in favore di bambini/scolari individuabili in base agli atti del Contraente iscritti al servizio pre e post scuola organizzato per conto del Comune dall'Istituzione per la gestione dei servizi sociali alla persona.

L'assicurazione vale per gli infortuni sofferti dagli Assicurati durante lo svolgimento di tutte le attività didattiche, culturali, ludico, ricreative, motorie o comunque inerenti ai menzionati servizi, svolte in qualsiasi periodo dell'anno purché promosse od autorizzate dai competenti servizi scolastici, sono compresi gli infortuni sofferti durante il compimento del percorso, con qualsiasi mezzo e per via ordinaria, dal domicilio dell'assicurato alle sedi delle attività (rischio in itinere). L'assicurazione vale anche durante lo svolgimento di gite ed escursioni autorizzate dai nominati servizi scolastici, sia in Italia che all'estero.

La garanzia decorre dal momento in cui gli assicurati vengono presi in consegna dal personale preposto e cessa al momento della cessazione dell'attività e/o la loro riconsegna ai rispettivi famigliari o a chi per essi.

Assicurato	CAPITALI ASSICURATI CASO MORTE (€)	CAPITALI ASSICURATI INVALIDITÀ PERMANENTE (€)	RIMBORSO SPESE DA INFORTUNIO (€)	INDEN. TEMP. DA INGESS. (€)	DIARIA DA RICOVERO (€)
Bambini	50.000,00	50.000,00	1.500,00	=	=

Si precisa che nel rimborso spese di cura sono comprese le protesi oculistiche e apparecchi odontoiatrici, con il rimborso di € 250,00 per lenti, € 100,00 per montatura ed € 250,00 per apparecchi odontoiatrici. Per tale garanzia viene pattuito un premio pro-capite per ogni persona assicurata indicato nella scheda tecnica e viene anticipato dal Contraente salvo conguaglio alla fine della annualità ai sensi dell'art.2 delle Condizioni Generali di Assicurazione.
