

**CAPITOLATO SPECIALE
POLIZZA INFORTUNI**

COMUNE DI SINNAI

Definizioni

Alle seguenti espressioni viene convenzionalmente attribuito il significato qui precisato:

- per Annualità assicurativa	il periodo pari o inferiore a 12 mesi compreso tra la data di effetto e la data di scadenza o di cessazione dell'assicurazione;
- per Assicurato	il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione;
- per Assicurazione	il contratto di assicurazione;
- per Broker	Samar Insurance Brokers s.r.l.
- per Contraente	Il Comune di Sinnai
- per Danno	l'entità economica del sinistro;
- per Danno corporale	il pregiudizio economico conseguente a lesioni o morte di persone;
- per Franchigia	la parte di danno che l'Assicurato tiene a suo carico;
- per Indennità	la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro;
- per Massimale per sinistro	la massima esposizione della Società per ogni sinistro, qualunque sia il numero delle persone decedute o che abbiano subito lesioni o abbiano sofferto danni a cose di loro proprietà;
- per Polizza	il documento che prova l'assicurazione;
- per Premio	la somma dovuta alle Imprese Assicuratrici;
- per Richiesta di risarcimento	qualsiasi citazione in giudizio od altra richiesta di qualunque tipo emessa nei confronti dell'Assicurato, oppure qualsiasi comunicazione scritta che faccia riferimento ad un fatto illecito inviata all'Assicurato;
- per Rischio	la probabilità che si verifichi il sinistro;
- per Sinistro	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione

- **per Sinistro in serie** una pluralità di sinistri imputabili ad una medesima causa generatrice riconducibile ad una responsabilità professionale derivante dallo svolgimento delle attività istituzionali;
- **per Società** l'Impresa Assicuratrice

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1- Decorrenza dell'assicurazione – Pagamento e regolazione del premio

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza.

Il premio alla firma/prima rata deve essere corrisposto entro il sessantesimo giorno successivo a tale data.

Le rate di premio successive devono essere pagate entro le ore 24 del sessantesimo giorno dopo quello della scadenza.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.

I premi devono essere pagati alla direzione della Società o alla sede dell'Agenzia o della Società di brokeraggio alla quale è assegnata la polizza.

Si considera come data di avvenuto pagamento quella dell'atto che conferisce tale ordine alla Ragioneria della Contraente, a condizione che gli estremi dell'atto vengano comunicati per iscritto alla Società o al Broker a mezzo raccomandata o telex o telefax. Poiché il premio è convenuto, in tutto o in parte, in base a elementi di rischio variabili, esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza, ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minor durata del contratto, secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio, fermo il premio minimo eventualmente stabilito in polizza. A tale scopo, entro centoventi giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o della minor durata del contratto, il Contraente/Assicurato deve fornire alla Società i dati necessari e cioè l'indicazione degli elementi variabili contemplati in polizza.

Le differenze risultanti dai conteggi di regolazione, devono essere pagate nei sessanta giorni successivi alla relativa comunicazione da parte della Società.

Se il Contraente/Assicurato 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 non inferiore a trenta 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 del giorno in cui il Contraente/Assicurato 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/Assicurato non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

La Società ha il diritto di effettuare verifiche e controlli nei limiti della L. n. 675 del 31.12.1996, per i quali l'Assicurato è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie.

Le operazioni sopra menzionate saranno effettuate tramite il Broker incaricato dall'Assicurato.

Art.2- Variazioni di rischio

Qualora nel corso del contratto si verificano variazioni che modificano il rischio, la Società può richiedere la relativa modificazione delle condizioni in corso.

Nel caso in cui l'Assicurato non accetti le nuove condizioni, la Società, nei termini di 30 giorni dalla ricevuta comunicazione della variazione, ha diritto di recedere dal contratto, con preavviso di 90 giorni. Se la variazione implica diminuzione di rischio, il premio è ridotto in proporzione a partire dalla scadenza annuale successiva alla comunicazione fatta dall'Assicurato e la Società rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art.3- Pagamento dell'indennizzo

Valutato il danno, verificata l'operatività della garanzia e ricevuta la necessaria documentazione, la Società provvede al pagamento dell'indennizzo entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione dell'atto di liquidazione del danno.

Art.4- Clausola Broker

Al broker incaricato dal comune di Sinnai è affidata la gestione e l'esecuzione della presente assicurazione.

Il Contraente e la Società si danno reciprocamente atto che ogni comunicazione inerente l'esecuzione della presente assicurazione avverrà per il tramite del Broker incaricato.

Ogni comunicazione fatta dal Broker alla Compagnia si intenderà come fatta dal Contraente; parimenti ogni comunicazione fatta dal Contraente al Broker si intenderà come fatta alla Compagnia.

Ad ogni effetto di legge le parti riconoscono al Broker il ruolo di cui alla legge soprarichiamata, relativamente alla gestione della presente assicurazione e per tutto il tempo della durata, incluse proroghe, rinnovi, riforme o sostituzioni.

La Società riconoscerà al Broker incaricato una retrocessione provvigionale pari al 10% dei premi imponibili di cui al presente contratto.

Art.5- Durata dell'Assicurazione

Il presente contratto ha durata di anni due a decorrere dalle ore 24.00 del 31/12/2016 alle ore 24.00 del 31/12/2018, con rateizzazione annuale del premio, e cesserà automaticamente alla scadenza senza obbligo di disdetta.

Su espressa volontà delle Parti l'assicurazione potrà essere prorogata alle medesime condizioni contrattuali secondo la normativa vigente per una durata pari a quella originaria.

Qualora non si raggiunga l'accordo per il rinnovo è facoltà del Contraente, entro 30 giorni antecedenti la scadenza, richiedere alla Società la proroga della presente assicurazione, fino al completo espletamento delle procedure di aggiudicazione della nuova assicurazione.

La Società, su richiesta del Contraente, si impegna a prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche per un periodo massimo di 180 giorni ed il relativo premio dovrà essere pagato in misura pari al rateo del premio annuale dell'assicurazione.

Il premio anticipato ed il premio di regolazione dovranno essere corrisposti entro i termini stabiliti dall'art. 2 che precede.

Art.6- Anticipata risoluzione del contratto

Dopo ogni sinistro e fino al trentesimo giorno dal pagamento o dal rifiuto dell'indennizzo, la società ha facoltà di comunicare a mezzo lettera raccomandata il proprio recesso dal contratto con effetto dalla successiva scadenza annuale del premio, rispettando comunque un termine di preavviso non inferiore a novanta giorni, per dar modo alla Contraente di esperire le necessarie procedure di aggiudicazione della nuova assicurazione. Anche il Contraente può recedere dal contratto nel periodo intercorrente tra ogni denuncia di sinistro ed il trentesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo dovuto con le stesse modalità suindicate.

Art.7- Modifiche dell'Assicurazione

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

Art.8- Interpretazione del Contratto

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

Art.9- Foro competente per l'esecuzione del presente contratto

Il Foro competente per qualsiasi controversia si intende quello nella cui giurisdizione è ubicata la sede legale del Contraente/Assicurato.

Art.10- Oneri fiscali

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

Art.11- Clausola di revisione periodica del prezzo

Il presente contratto è soggetto alla revisione periodica del prezzo ai sensi della Legge 23/12/1994 n. 724 laddove ricorrano elementi idonei a giustificare una riduzione.

Art.12- Coassicurazione e delega

Qualora l'Assicurazione fosse ripartita per quote fra diverse Società coassicuratrici indicate nel contratto di Assicurazione. Ciascuna di esse è tenuta alla prestazione in proporzione della relativa quota, quale risulta dal Contratto, esclusa ogni responsabilità solidale.

Il Contraente dichiara di avere affidato la gestione del presente contratto al Broker incaricato e le Società hanno convenuto di affidarne la delega alla Delegataria indicata in esso; di conseguenza tutti i rapporti inerenti la presente Assicurazione potranno essere svolti per conto del Contraente dal Broker il quale tratterà con la Delegataria.

In particolare, tutte le comunicazioni inerenti il Contratto, ivi comprese quelle relative al recesso o alla disdetta ed alla gestione dei sinistri, si intendono fatte o ricevute dalla Delegataria in nome e per conto di tutte le Società coassicuratrici.

Le Società coassicuratrici riconoscono come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di gestione compiuti dalla Delegataria per conto comune fatta

soltanto eccezione per l'incasso dei premi di polizza il cui pagamento verrà effettuato nei confronti di ciascuna Società.

La Società Delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle coassicuratrici indicate nell'atto suddetto (polizza o appendice) a firmarlo anche in loro nome e per loro conto.

Pertanto la firma apposta dalla direzione della Società Delegataria sul documento di assicurazione, lo rende ad ogni effetto valido anche per le quote delle coassicuratrici.

Il dettaglio dei capitali assicurati, dei premi, accessori e imposte, spettanti a ciascuna coassicuratrice, risulta dall'apposito prospetto allegato alla presente polizza.

Art.13 – Dichiarazioni del Contraente

13.1-Dichiarazioni inesatte del Contraente: la mancata comunicazione da parte del Contraente o dell'Assicurato di circostanze aggravanti il rischio, così come le inesatte od incomplete dichiarazioni rese all'atto della stipulazione della polizza e/o nel corso della stessa, non comporteranno decadenza dal diritto all'indennizzo né la riduzione dello stesso, sempreché il Contraente o l'Assicurato non abbia agito con dolo.

Ai soli fini della clausola sono equiparati al Contraente/Assicurato i suoi Amministratori, dirigenti, impiegati e dipendenti in genere, nonché le persone di cui esso deve rispondere a norma di legge.

La Società ha peraltro il diritto di percepire la differenza di premio corrispondente al maggior rischio a decorrere dal momento in cui la circostanza si è verificata.

Le dichiarazioni inesatte od incomplete e le omissioni fatte con dolo possono comportare il mancato pagamento del danno, nonché la cessazione dell'assicurazione ai sensi dell'art. 1892 del Codice Civile.

13.2-Danni precedenti: la mancata dichiarazione di danni che avessero precedentemente colpito le persone di cui alla presente assicurazione, non può essere invocato dalla Società come motivo di irrisarcibilità di un eventuale sinistro, salvo il caso di manifesta malafede.

Art.14- Obbligo di fornire i dati sull'andamento del rischio: La Società, con periodicità annuale, si impegna a fornire al Contraente il dettaglio dei sinistri così suddiviso:

- sinistri denunciati;
- sinistri riservati (con indicazione dell'importo a riserva);
- sinistri liquidati (con indicazione dell'importo liquidato);
- sinistri respinti.

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

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

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

Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al Contraente di chiedere ed ottenere un aggiornamento con le modalità di cui sopra in date diverse da quelle indicate.

Art. 15-Rinvio alle norme di legge

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

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Art.16- Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni che le persone assicurate, di cui alle Sezioni Prima, Seconda e Terza, subiscano nell'esercizio delle attività in seguito dichiarate, compreso il rischio in itinere.

Sono compresi in garanzia anche:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti acuti di origine traumatica, da ingestione o assorbimento di sostanze;
- contatto con corrosivi;
- le affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi, esclusi il carbonchio, la malaria e le malattie tropicali;
- l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento;
- la folgorazione;
- i colpi di sole o di calore;
- le lesioni (esclusi gli infarti) determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico;
- gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismi, attentati, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- gli infortuni derivanti da malore ed incoscienza;
- gli infortuni derivanti da imprudenza e negligenza anche gravi;
- gli infortuni derivanti dall'uso o guida di ciclomotori e motocicli di qualunque cilindrata, trattori e macchine agricole semoventi, veicoli a motore e natanti, a condizione che l'Assicurato sia in possesso, ove prescritto, di regolare patente di abilitazione alla guida;
- gli infortuni subiti in conseguenza di calamità naturali costituite da terremoto, maremoto, eruzione vulcanica, alluvioni, inondazioni e fenomeni connessi;
- gli infortuni causati da influenze termiche ed atmosferiche;
- gli infortuni derivanti da abuso di alcolici, con l'esclusione di quelli subiti alla guida di veicoli e/o natanti in genere.

Art.17- Esclusioni

Salvo patto speciale non sono compresi nell'assicurazione gli infortuni derivanti da:

- a) partecipazione a gare e corse (e relative prove) calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo; dalla partecipazione a corse e gare (e

- relative prove) che comportano l'uso o la guida di veicoli a motore e natanti, salvo che si tratti di regolarità pura;
- b) gli infortuni derivanti da guerra e insurrezioni, salvo quanto previsto all'Art. 16.1 - Rischio Guerra; da delitti dolosi compiuti o tentati dalle persone assicurate;
 - c) gli infortuni che siano conseguenza diretta od indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo e di radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, e da esposizione a radiazioni ionizzanti;
 - d) gli infortuni derivanti dall'abuso di psicofarmaci o da uso non terapeutico di stupefacenti od allucinogeni;
 - e) gli infortuni occorsi in occasione di partecipazione ad imprese temerarie, salvo in quest'ultimo caso che si tratti di atti compiuti dalle persone assicurate per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
 - f) le conseguenze di operazioni chirurgiche e di accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio.

Art.18- Morte presunta

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termine del contratto di assicurazione, il/i corpo/i della/e persona/e assicurata/e non venga/vengano ritrovato/i, e si presume sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà ai beneficiari indicati nel contratto di assicurazione il capitale previsto per il caso di morte.

La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi 6 mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta ai termini degli artt. 60 e 62 C.C.

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

A restituzione avvenuta dell'intera somma liquidata, la/le persona/e assicurata/e non deceduta/e potrà/potranno far valere i propri diritti per l'invalidità eventualmente subita e residua, anche se nel frattempo fossero trascorsi oltre due anni dall'evento subito e, quindi, senza che si possano da parte della Società invocare eventuali termini di prescrizione, che, al più, decorreranno da quel momento.

Art.19- Limiti territoriali e di risarcimento

L'assicurazione viene prestata per tutto il mondo. In ogni caso il pagamento delle indennità verrà effettuato in Italia con moneta nazionale.

Nel caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più Assicurati, l'esborso a carico della Società non potrà superare la somma complessiva di € 5.000.000,00=.

Qualora le indennità liquidabili ai sensi del contratto di assicurazione eccedessero nel loro complessivo tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

Art.20- Limiti di età

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore ai settantacinque anni.

Tuttavia per persone che raggiungano tale età nel corso del contratto di assicurazione, 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 a richiesta del Contraente.

Art.21- Persone non assicurabili

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici.

L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi.

Il Contraente è esonerato dal notificare le malattie, le infermità, le mutilazioni ed i difetti fisici da cui fossero affette le persone assicurate.

Art.22- Esonero denuncia generalità degli assicurati

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per l'identificazione di tali persone, si farà riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione del Contraente.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN CASO DI SINISTRO

Art.23- Altre assicurazioni

E' data facoltà al Contraente di non comunicare altre assicurazioni che avesse in corso o che stipulasse in futuro con altre imprese per gli stessi rischi assicurati con il presente contratto di assicurazione, o che gli Assicurati avessero acceso personalmente.

Il presente contratto di assicurazione s'intende stipulato indipendentemente ed in aggiunta alle assicurazioni obbligatorie previste per gli infortuni sul lavoro dalle leggi vigenti e da quelle eventuali future.

Il Contraente è inoltre esonerato dal denunciare le assicurazioni a favore dei propri dipendenti a cui fosse tenuto per legge o per disposizioni aventi comunque carattere obbligatorio, delle quali la presente costituisce un complemento, pur essendo completamente separata ed indipendente.

Art.24- Denuncia dell'infortunio ed obblighi relativi

La denuncia dell'infortunio con una dettagliata descrizione dello stesso e delle sue cause e conseguenze, corredata di certificato medico, deve essere fatta alla Società cui è assegnato il contratto di assicurazione nel termine di 15 giorni dall'infortunio o dal momento in cui l'Assicurato o gli aventi diritto ne abbiano avuto possibilità. Avvenuto l'infortunio, l'Assicurato deve ricorrere alle cure di un medico e seguirne le prescrizioni, nonché informare periodicamente la Società sul decorso delle lesioni.

Quando l'infortunio abbia causato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, deve esserne dato immediatamente avviso telegrafico alla Società.

L'Assicurato, i suoi familiari od aventi diritto devono consentire alla visita di medici della Società ed a qualsiasi indagine che questi ritengano necessaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato stesso.

Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato, salvo che siano espressamente comprese nell'assicurazione.

Art.25- Criteri di indennizzo

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

Parimenti, nei preesistenti casi di mutilazioni o difetti fisici, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette dell'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra e sana, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti, fermo quando stabilito dall'art. 26.

Art.26- Morte

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifica entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida ai beneficiari la somma assicurata per il caso di morte.

Per beneficiari si intendono, salvo diversa designazione da parte dell'Assicurato, gli eredi testamentari o legittimi. In caso di premorienza o commorienza dei beneficiari designati, detta somma sarà liquidata agli eredi testamentari o legittimi.

Vengono parificati al caso di morte il caso in cui l'Assicurato venga dichiarato disperso alle competenti Autorità ed il caso di sentenza di morte presunta, ai sensi dell'art. 60 comma 3 del Codice Civile (vedi precedente art. 16 di polizza).

Art.27- Invalidità permanente

Se l'infortunio ha per conseguenza un'invalidità permanente e questa si verifica entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida per tale titolo un'indennità calcolata sulla somma assicurata per invalidità permanente, secondo la tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria per gli infortuni e le malattie professionali approvata con D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 e successive modifiche, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge.

Per gli Assicurati mancini, si conviene che le percentuali di Invalidità Permanente previste dalla citata tabella per l'arto superiore destro, varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa.

La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto, viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se si tratta di minorazione, le percentuali vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta. Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi o arti, l'indennità viene stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al limite massimo del 100%.

L'indennità per la perdita funzionale ed 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, l'indennità è stabilita tenendo conto 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 minorati, le percentuali sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Nel caso di ernia che per essere determinata da infortunio (ernia traumatica) risulti compresa in garanzia, l'indennità è stabilita come segue:

- se l'ernia è operabile e il contratto prevede il caso di inabilità temporanea, la Società corrisponderà la somma giornaliera assicurata per l'inabilità temporanea, fino ad un massimo di trenta giorni;
- se l'ernia non risulta operabile, la Società corrisponderà l'indennità fino al 10% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente.

Questi massimi valgono anche se l'ernia è bilaterale.

Qualora insorga contestazione circa l'operabilità o meno dell'ernia, la decisione sarà rimessa al Collegio Arbitrale di cui al successivo art. 30.

Nei casi di invalidità permanente non specificati, 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.

Nei casi di invalidità permanente di grado pari o superiore al 65% sarà liquidata l'indennità pari all'intero capitale assicurato.

Art.28- Inabilità temporanea (ove prevista)

Si considera inabilità temporanea l'incapacità dell'Assicurato ad attendere, per un periodo di tempo limitato, alle sue occupazioni. Qualora sia provato che l'infortunio ha causato l'inabilità temporanea, la Società con riferimento alla natura e conseguenza delle lesioni riportate dall'Assicurato, liquida l'indennità giornaliera:

- a) integralmente, per tutto il tempo in cui l'Assicurato si è trovato nell'incapacità fisica di attendere alle occupazioni medesime;
- b) al 50% per tutto il tempo in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle sue occupazioni.

L'indennità cessa con il giorno della avvenuta guarigione risultante dal certificato medico; se però l'Assicurato non trasmette tale certificato, viene considerata data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato medico regolarmente inviato.

L'indennità per inabilità temporanea viene corrisposta per un periodo massimo di 300 giorni da quello dell'infortunio regolarmente denunciato.

Art. 28 bis – Diaria giornaliera da ricovero e da gesso a seguito di infortunio

Premesso che:

- per Ricovero si intende la degenza in Istituto di cura che comporti almeno un pernottamento;
- per Istituto di cura si intende l'ospedale pubblico, la clinica e la casa di cura convenzionati e non con il Servizio Sanitario Nazionale regolarmente autorizzati al ricovero dei malati esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno.

- tale indennità sarà assicurabile solamente abbinata ai rischi morte e invalidità permanente.

La Compagnia, alle condizioni previste dal presente articolo, corrisponde all'Assicurato

a) l'indennità giornaliera assicurata per ciascun giorno di degenza con pernottamento, in caso di suo ricovero in Istituto di cura (pubblico o privato), reso necessario da infortunio indennizzabile dalla presente polizza.

Tale indennità viene corrisposta per la durata massima di 300 giorni per ogni anno assicurativo.

b) in caso di applicazione gessato o di tutori immobilizzanti equivalenti, resi necessari da fratture osteoarticolari radiograficamente accertate o da lesioni capsulo-legamentose articolari clinicamente diagnosticate in ambiente ospedaliero, la Società liquida la diaria assicurata a partire dal giorno successivo a quello dell'infortunio regolarmente denunciato e per un periodo massimo di 120 giorni per ciascuna annualità assicurativa .

Art. 28 ter – Rimborso spese di cura seguito di infortunio

Per la cura delle lesioni causate da infortunio indennizzabile a termini di polizza, la Società rimborsa - fino alla concorrenza del massimale assicurato - le spese sostenute:

a) **in caso di ricovero**, per la degenza in Istituto di cura (onorari dei Medici, cure mediche, esami, diritti di sala operatoria, materiali di intervento compreso l'acquisto di apparecchi protesici e terapeutici, trattamenti riabilitativi, rette di degenza).

Qualora le spese di ricovero siano interamente a carico del Servizio Sanitario Nazionale, la Società - in sostituzione del rimborso - liquida una diaria di €. 51,65. per ogni pernottamento e per un massimo di 100 pernottamenti.

La diaria sostitutiva è cumulabile con la diaria per ricovero eventualmente assicurata, con il limite di €. 102,00.

b) **relativamente alle prestazioni sanitarie extra-ricovero**, per:

accertamenti diagnostici, onorari dei medici, interventi chirurgici ambulatoriali, cure mediche e medicinali prescritti, trattamenti riabilitativi, acquisto e/o noleggio di apparecchiature terapeutiche e/o ortopediche, cure e protesi dentarie rese necessarie da infortunio, trasporto dell'Assicurato al luogo di cura o di soccorso o da un Istituto di cura all'altro con mezzi adeguati.

Le spese di cui al presente comma sono rimborsate previa detrazione di una franchigia fissa di €. 51,65 per ogni infortunio.

Art.29- Cumulo di indennità

L'indennità per inabilità temporanea, la diaria da ricovero o gesso e le spese di cura sono cumulabili con quella per morte o per invalidità permanente. Se dopo il pagamento di una indennità per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio, ed in conseguenza di questo l'Assicurato muore, la Società corrisponderà ai beneficiari designati o, in difetto, agli eredi dell'Assicurato in parti

uguali, la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore, e non chiederà il rimborso nel caso contrario.

Il diritto all'indennità per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi, tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Società paga agli eredi dell'Assicurato l'importo liquidato od offerto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

Art.30- Rinuncia alla rivalsa

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi causa al diritto spettante all'Assicuratore, che abbia pagato l'indennità, di surrogarsi (V. art. 1916 C.C.) nei diritti dell'Assicurato, che potrà così esercitarli integralmente nei confronti dei terzi responsabili.

Art.31- Consenso al trattamento dei dati personali

Il Contraente ai sensi del D. Lgs. 196/2003, autorizza al trattamento dei dati personali, disgiuntamente, la Società ed il Broker.

Art. 32- Istituzione Ufficio Sinistri

Qualora nella Provincia di Cagliari non sia già presente un ufficio liquidazione sinistri, la Compagnia si impegna ad istituirlo entro 60 giorni dall'inizio del contratto.

La Società assicura, per i capitali e le garanzie sottoindicate, le persone descritte nelle successive Sezioni Prima e Seconda.

SEZIONE PRIMA

PERSONE ASSICURATE: 1 Sindaco, 7 Assessori, 20 Consiglieri, 1 Segretario Comunale e/o Direttore Generale nell'espletamento di tutte le loro funzioni istituzionali e/o di ogni altra attività complementare o connessa allo svolgimento del mandato.

- SOMME ASSICURATE PRO CAPITE

MORTE	€ 150.000,00
INVALIDITA' PERMANENTE	€ 150.000,00

NUMERO DI ASSICURATI: 29

- Tasso annuo lordo _____ promille
- Premio annuo lordo € _____ di cui imposte € _____

SEZIONE SECONDA

PERSONE ASSICURATE: Infortuni occorsi al conducente in conseguenza dell'uso dei veicoli di proprietà della Contraente comprese le fasi precedenti e successive alla guida, semprechè inerenti alla stessa.

- SOMME ASSICURATE PRO CAPITE	
MORTE	€ 150.000,00
INVALIDITA' PERMANENTE	€ 150.000,00

NUMERO AUTOMEZZI: 36

Premio annuo lordo € _____ di cui imposte € _____

SEZIONE TERZA

PERSONE ASSICURATE: Infortuni occorsi al conducente o trasportati in conseguenza dell'uso dei veicoli, non di proprietà del Contraente, da parte dei dipendenti comprese le fasi precedenti e successive alla guida, semprechè inerenti alla stessa.

-SOMME ASSICURATE PRO CAPITE	
MORTE	€ 150.000,00
INVALIDITA' PERMANENTE	€ 150.000,00

CALCOLO DEL PREMIO

Il premio annuo lordo dovuto alla Società s'intende pattuito in € per ogni Km. di percorrenza annua effettuato per motivi di servizio dalle persone di cui all'oggetto della garanzia e regolarmente annotati su appositi registri.

Il premio versato in via anticipata viene preventivamente conteggiato sulla base di una percorrenza annua presunta di Km. 2.000.

Entro 90 giorni dalla fine di ogni annualità assicurativa il Contraente è tenuto a comunicare alla Società l'ammontare complessivo dei Km. percorsi affinché si possa procedere alla regolazione del premio definitivo.

La differenza risultante a conguaglio del premio, deve essere regolata nei 60 gg. dalla relativa comunicazione.