

CAPITOLATO DI POLIZZA CUMULATIVA INFORTUNI

Società Assicuratrice:	
Broker di Assicurazione:	

DATI ANAGRAFICI

POLIZZA Nr.

EFFETTO 31 maggio 2016

SCADENZA 31 maggio 2018

DURATA Anni 2

RATEAZIONE Annuale

CONTRAENTE **Comune di Busca**

INDIRIZZO Via Cavour 28 - 12022 Busca CN

CODICE FISCALE 80003910041

CIG ZE915B28AE

Le norme qui di seguito riportate annullano e sostituiscono integralmente tutte le condizioni riportate a stampa sui moduli della Compagnia Assicuratrice, eventualmente allegati alla polizza, che quindi devono intendersi annullate e prive di effetto

DEFINIZIONI

Nel testo della presente polizza di assicurazione le Parti attribuiscono, alle parole sotto riportate il significato di seguito indicato:

PARTI	Il Contraente e la Società.
ASSICURAZIONE	Il complesso delle garanzie previste nella presente polizza.
POLIZZA	Il documento che, sottoscritto dalle Parti, comprova il contratto di assicurazione.
SOCIETÀ	L'impresa di Assicurazione che stipula la polizza in nome proprio ovvero in qualità di Delegataria per conto delle Imprese Coassicuratrici (art. 1911 del Codice Civile).
CONTRAENTE	L'Amministrazione/Ente che stipula l'assicurazione;
ASSICURATO	Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.
PREMIO IMPONIBILE	La somma dovuta dal Contraente alla Società quale corrispettivo dell'assicurazione, al netto delle sole imposte di assicurazione.
PREMIO LORDO	La somma dovuta dal Contraente alla Società quale corrispettivo dell'assicurazione, comprensivo delle imposte di assicurazione.
RISCHIO	La probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che ne possono derivare.
SINISTRO	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.
INDENNIZZO-RISARCIMENTO	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
FRANCHIGIA	La parte del danno indennizzabile che rimane a carico dell'Assicurato.
INFORTUNIO	L'evento subito dall'Assicurato dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali oggettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte oppure una invalidità permanente dell'Assicurato.
INFORTUNIO EXTRAPROFESSIONALE	Infornuto verificatosi nello svolgimento, da parte dell'Assicurato, di attività che non abbiano carattere di professionalità.

MALATTIA	Ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute dell'Assicurato non dipendente da infortunio.
CONTAGIO	L'evento dovuto a causa esterna, fortuita ed accidentale che produca modificazioni sierologiche, obiettivamente constatabili che indicano una infezione.
RICOVERO	La degenza in Istituto di cura, sia a regime esclusivamente diurno (DAY HOSPITAL), sia comportante almeno un pernottamento.
ISTITUTO DI CURA	Ogni struttura sanitaria regolarmente autorizzata all'erogazione della assistenza ospedaliera, in Italia o all'Estero. Non sono convenzionalmente considerati Istituti di cura: gli stabilimenti che hanno prevalentemente finalità dietologiche, fisioterapiche e riabilitative, le case di cura per convalescenza o lungodegenze o per soggiorni, le strutture per anziani.
BROKER	l'intermediario professionale a cui l' Ente Contraente abbia affidato la gestione della polizza;

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

1. DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni gravemente inesatte del Contraente e le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, non avvenute in buona fede possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo.

2. COSTITUZIONE DEL PREMIO - REGOLAZIONE DEL PREMIO

Il premio viene conteggiato moltiplicando i premi unitari convenuti per il numero dei destinatari della presente copertura assicurativa, e risulta costituito da una rata pagata anticipatamente, calcolata sulla base dei dati forniti dall'Amministrazione al perfezionamento del contratto ed all'inizio di ogni annualità assicurativa, e da una eventuale regolazione calcolata sulla base dei dati consuntivi.

Qualora intervengano variazioni del numero degli assicurati per inclusioni o esclusioni nel corso dell'annualità assicurativa, queste si intendono automaticamente efficaci ed assicurate senza l'obbligo della preventiva comunicazione da parte della Amministrazione, salvo quanto diversamente previsto nella SCHEDA TECNICA allegata.

L'Amministrazione pertanto si impegna a fornire alla Società entro i 60 giorni successivi alla scadenza di ogni periodo assicurativo, ai fini della regolazione del premio dell'annualità precedente, gli elementi variabili come indicato nella SCHEDA TECNICA. Il premio provvisorio per il perfezionamento della polizza e per ogni annualità successiva sarà costituito dall'importo corrispondente al premio indicato nell'allegato "CONTEGGIO DEL PREMIO".

Le differenze attive risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei 60 (sessanta) giorni successivi al ricevimento da parte del Contraente dell'apposita appendice ritenuta corretta di regolazione emessa dalla Società.

Qualora la Contraente abbia fornito dichiarazioni inesatte riguardanti gli elementi variabili per il conteggio del premio, la Società riconoscerà la piena validità del contratto fermo il suo diritto a richiedere la quota di maggior premio non percepita.

La regolazione del premio viene pagata direttamente dall'Ente assicurato alla compagnia assicuratrice.

3. PAGAMENTO DEL PREMIO

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza ancorché il premio venga versato entro i 60 giorni successivi al medesimo.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi (compresa ogni appendice di variazione e/o di proroga), l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 60° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

4. MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

5. AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

L'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento di rischio.

Gli aggravamenti di rischio non noti alla Società o non accettati dalla stessa possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, salvo quanto previsto al precedente Art. 1).

6. DIMINUZIONE DEL RISCHIO

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premi successivi alla comunicazione dell'Assicurato (art. 1897 del Codice Civile) e rinuncia al relativo diritto di recesso.

7. RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni sinistro e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo dovuto, la Società può recedere con motivazione congruamente motivata dal contratto, tramite raccomandata A.R. con

preavviso di 60 giorni. Entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte del premio, al netto dell'imposta relativa al periodo di rischio non corso.

Anche il Contraente può recedere dal contratto nel periodo intercorrente tra ogni denuncia di sinistro ed il novantesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo dovuto, fermo il diritto al rimborso della parte del premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso.

8. ONERI FISCALI – SPESE DI REGISTRAZIONE

Le imposte, tasse e tutti gli altri oneri stabiliti dalla Legge, presenti e futuri, relativi al premio, alle polizze ed ad altri atti da essa dipendenti, sono a carico del Contraente.

9. FORO COMPETENTE

Per le controversie derivanti dal presente contratto, l'Autorità Giudiziaria competente in via esclusiva è quella del Foro ove ha sede l'Ente Contraente.

10. COLLEGIO ARBITRALE

In caso di disaccordo tra la Società e l'Assicurato:

- sull'indennizzabilità del sinistro, o nelle cause o natura delle lesioni o sulla valutazione delle conseguenze attribuibili all'infortunio

è data facoltà dell'Assicurato di procedere, in alternativa al ricorso all'Autorità Giudiziaria, anche mediante arbitrato di un Collegio Medico Arbitrale che risiede nella Sede dell'Istituto di Medicina Legale di Torino. Il Collegio è composto di tre Medici di cui due nominati dalla Società e dall'Assicurato, uno per ciascuno, ed il terzo d'accordo fra i due primi, o, in difetto, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio Arbitrale.

Gli arbitri, tenendo presenti le condizioni del contratto di assicurazione, decidono a maggioranza inappellabilmente come amichevoli compositori senza alcuna formalità giudiziaria; le loro decisioni impegnano le Parti anche se l'arbitro dissenziente non le ha sottoscritte.

Limitatamente ai casi di:

- **INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO**

È data facoltà al Collegio Arbitrale qualora ravvisi la opportunità di rinviare la definitiva valutazione del danno, di liquidare all'Assicurato un anticipo dell'indennità, fermo restando che l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente dovrà avvenire comunque entro tre anni.

La Società e l'Assicurato sostengono le proprie spese e remunerano il proprio Medico designato e contribuiscono per la metà delle spese e competenze del il terzo Medico.

11. RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme della Legge italiana.

12. COASSICURAZIONE – SOCIETÀ DELEGATARIA

Qualora la Società intenda avvalersi dell'istituto della coassicurazione diretta, si stabilisce che in questo caso la Società assumerà la definizione di SOCIETÀ DELEGATARIA e la percentuale di rischio assicurato a carico della SOCIETÀ DELEGATARIA, quale propria ritenzione non potrà essere inferiore al 50% (cinquanta per cento) del rischio globale.

Le altre Società partecipanti al rischio, definite SOCIETÀ COASSICURATRICI, saranno tenute a riconoscere come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di gestione della polizza compiuti dalla SOCIETÀ DELEGATARIA per conto comune, compresa la registrazione della presente polizza, se richiesta dal Contraente, mentre i rapporti con il Contraente saranno tenuti esclusivamente dalla SOCIETÀ DELEGATARIA.

Ognuna delle SOCIETÀ COASSICURATRICI concorrerà al pagamento degli indennizzi liquidati a termini di polizza, in proporzione alla quota di assicurazione rispettivamente assunta, e sarà responsabile soltanto per essa, non implicando il rapporto di coassicurazione alcuna responsabilità solidale (Art. 1911 del Codice Civile).

Le firme apposte dalla SOCIETA' DELEGATARIA e dalle SOCIETA' COASSICURATRICI sul contratto di assicurazione lo rendono valido ad ogni effetto nei confronti del Contraente.

Il dettaglio dei capitali assicurati, dei premi imponibili, delle imposte spettanti a ciascuna delle SOCIETA' COASSICURATRICI, risulta su apposito prospetto allegato alla presente polizza.

13. EFFETTO, DURATA DELL'ASSICURAZIONE - ESCLUSIONE TACITA PROROGA, RISOLUZIONE ANTICIPATA.

Il presente contratto ha la durata indicata in premessa nella sezione " DATI ANAGRAFICI" e si intenderà cessato a tutti gli effetti alla data di scadenza ivi indicata, senza obbligo di disdetta da parte del Contraente. Sarà facoltà del Comune, ove le disposizioni in vigore lo consentano, di procedere alla rinegoziazione del contratto per un uguale periodo, in tal caso il Comune notificherà alla Società entro il 90°(novantesimo) giorno antecedente la data di scadenza, la propria volontà di procedere alla rinegoziazione della polizza. In assenza di comunicazioni da parte della Società entro il trentesimo giorno successivo al ricevimento della notifica da parte dell'Ente, la polizza si intenderà rinegoziata alle medesime condizioni.

In caso di rinnovo, la Società provvederà ad emettere regolare APPENDICE DI PROROGA che avrà valore di quietanza per il Contraente.

Il periodo di mora previsto dall'art. 1901 del Codice Civile per il pagamento delle rate di premio successive al perfezionamento, (comprese le " appendici di proroga "), si intende elevato a giorni 60 (sessanta).

Le Parti concordano che la presente polizza di assicurazione, pur avendo durata pluriennale, potrà essere disdetta con lettera raccomandata ed avviso di ricevimento, da inviarsi dall'una all'altra Parte almeno 60 giorni prima delle scadenze anniversary della polizza

14. FORMA E VALIDITÀ DELLE COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni intercorrenti tra la Società ed il Contraente debbono essere fatte per mezzo di lettera raccomandata A.R., telegramma, PEC. Quelle effettuate dal Contraente alla Società, possono essere precedute da comunicazione per mezzo di telefax, cui dovrà seguire l'invio della comunicazione secondo quanto precedentemente stabilito.

Le comunicazioni tra le parti possono avvenire anche per il tramite del broker incaricato.

15. ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI

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

16. PRESCRIZIONE DEI DIRITTI

I diritti derivanti dal presente contratto di assicurazione si prescrivono entro un anno dal giorno in cui si è verificato il fatto sul quale il diritto si fonda, ai sensi dell'Art. 2952 del Codice Civile.

17. GESTIONE DEL CONTRATTO AL BROKER DI ASSICURAZIONE

L'Ente Contraente dichiara di aver affidato la gestione della presente assicurazione al Broker.

Di conseguenza tutti i rapporti inerenti la gestione dei contratti saranno svolti per conto dell'Ente Contraente anche dalla suddetta Società. Agli effetti dei termini fissati dalle Condizioni di Assicurazione, ogni comunicazione fatta dal Broker, nel nome e per conto dell'Assicurato, alla Compagnia, si intenderà come fatta dall'Assicurato e viceversa.

Per quanto concerne l'incasso dei premi di polizza, il pagamento del premio verrà effettuato dall'Ente Contraente direttamente alla Compagnia assicuratrice ed alle eventuali coassicuratrici.

Il compenso relativo all'attività svolta dal broker verrà riconosciuto direttamente dal comune al Broker stesso.

18. TRACCIABILITÀ DEI FLUSSI FINANZIARI

L'appaltatore assume tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'articolo 3 della legge 13 agosto 2010, n. 136 e successive modifiche al fine di assicurare la tracciabilità dei movimenti finanziari relativi all'appalto

Qualora l'appaltatore non assolva agli obblighi previsti dall'art. 3 della Legge n. 136/2010 per la tracciabilità dei flussi finanziari relativi all'appalto, il presente contratto si risolve di diritto ai sensi del comma 8 del medesimo art. 3. La stazione appaltante verifica in occasione di ogni pagamento all'appaltatore e con interventi di controllo ulteriori l'assolvimento, da parte dello stesso, degli obblighi relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari.

L'appaltatore si impegna a dare immediata comunicazione alla stazione appaltante ed alla prefettura-ufficio territoriale del Governo della provincia ove ha sede la stazione appaltante della notizia dell'inadempimento della propria controparte (subappaltatore/subcontraente) agli obblighi di tracciabilità finanziaria.

NORME PARTICOLARI CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione è prestata per gli infortuni subiti dagli Assicurati durante lo svolgimento delle rispettive attività professionali e/o mansioni per conto del Contraente, quali individuate nella SCHEDA TECNICA allegata.

Si considerano indennizzabili anche i seguenti eventi:

- 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 aracnoidi, esclusi il carbonchio, la malaria e le malattie tropicali;
- L'annegamento;
- L'assideramento o congelamento;
- La folgorazione;
- I colpi di soli o di calore;
- Le ernie traumatiche, le lesioni (esclusi gli infarti) determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico;
- Gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di vandalismo, 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.

2. ESCLUSIONI

Non sono compresi nell'assicurazione gli infortuni derivanti da:

- a) Dalla guida di mezzi di locomozione aerei;
- b) Dalla pratica di sport aerei in genere, del paracadutismo, del salto dal trampolino con sci o idroscì dello sci acrobatico e del bob, lotte e pugilato;
- c) Partecipazione a gare e corse (e relative prove) 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;

ed inoltre sono esclusi;

- d) Gli infortuni derivanti da guerra e insurrezioni, (salvo quanto previsto all'Art. 3 – Rischio guerra), da delitti dolosi compiuti o tentati all'Assicurato;
- e) 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;
- f) Gli infortuni derivanti dall'abuso di psicofarmaci o da uso non terapeutico di stupefacenti od allucinogeni;

- g) Gli infortuni occorsi in occasione di partecipazione ad imprese temerarie, salvo che si tratti di atti posti in essere dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana, per legittima difesa e avvenuti durante lo svolgimento delle attività assicurate nella SCHEDA TECNICA e dalle medesime necessità;
- h) Le conseguenze di operazioni chirurgiche e di accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio.

Sono comunque sempre esclusi l'infarto e le ernie non traumatiche.

3. ESTENSIONI DI GARANZIA:

- A) *RISCHIO VOLO*
- B) *RISCHIO GUERRA*
- C) *MORTE PRESUNTA*
- D) *INTERVENTI DI CHIRURGIA PLASTICA*
- E) *ATTI DI TERRORISMO*

A) *RISCHIO VOLO*

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato può subire, in qualità di passeggero, durante i viaggi aerei di trasferimento su veicoli o elicotteri da chiunque gestiti, comprese le Società/Aziende di lavoro aereo Enti Pubblici e Forze Armate, ma esclusi gli Aeroclubs, e Aziende di lavoro aereo in voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri.

La garanzia di cui al presente punto non è valida per gli infortuni che l'Assicurato può subire durante l'uso di apparecchi per il volo sportivo o da diporto (quali alianti, deltaplani, ultraleggeri, parapendii o simili).

L'Assicurazione vale anche per gli atti di pirateria aerea, sabotaggio, dirottamento purchè non conseguenti a guerra (anche non dichiarata) o insurrezioni, salvo quanto previsto all'Art. 3) lettera B.

Agli effetti dell'assicurazione, il viaggio aereo comincia nel momento in cui l'assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si conclude nel momento in cui ne discende, intendendosi comprese nel rischio anche la salita e la discesa mediante l'uso di scale o altre attrezzature aeroportuali. Resta convenuto però che in caso di unico evento il quale colpisca più persone assicurate con la presente polizza, l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà superare le seguenti somme:

- **Euro 5.000.000,00 per sinistro e per aeromobile.**

Qualora gli esborsi complessivamente a carico della Società per i propri Assicurati eccedano i limiti sopra indicati, gli indennizzi spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotti in proporzione alle rispettive somme garantite.

B) *RISCHIO GUERRA*

La garanzia viene estesa agli infortuni avvenuti all'estero (escluso comunque il territorio della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino) derivanti da stato di guerra civile, guerra, invasione, atti nemici, ostilità (sia che la guerra sia dichiarata e non), per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di eventi bellici mentre si trova all'estero.

C) *MORTE PRESUNTA*

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termine del contratto di assicurazione, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato, 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 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 Società avrà diritto al rimborso dell'intera somma liquidata.

A restituzione avvenuta dell'intera somma liquidata, l'Assicurato non deceduto potrà 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.

D) INTERVENTI DI CHIRURGIA PLASTICA

Per la cura delle lesioni causate da infortunio indennizzabile a termini **di polizza la Società rimborsa fino alla concorrenza di Euro 5.000,00 le spese effettivamente sostenute:**

- In caso di intervento riparatore del “danno estetico”, per le spese di chirurgia plastica. Tali spese sono rimborsabili purché l'intervento riparatore avvenga entro due anni dal giorno dell'infortunio (provato da cartella clinica descrittiva di un Istituto di Cura) e non oltre un anno dalla scadenza del contratto. Per “danno estetico” si intende la deturpazione obiettivamente constatabile subito dall'Assicurato. Il rimborso delle spese per “danno estetico” è cumulabile con ogni altro indennizzo garantito dalla Società con la presente polizza.

E) ATTI DI TERRORISMO

La garanzia è estesa agli infortuni derivanti da atti di terrorismo compiuti tramite armi e/o ordigni di tipo convenzionale. Non sono compresi in garanzia gli infortuni derivanti da atti terroristici posti in essere tramite l'uso di sostanze nucleari, biologiche, batteriologiche o chimiche, qualunque sia il tipo di arma e/o ordigno e/o congegno utilizzato per portare a termine l'azione. Sono comunque esclusi dalla garanzia tutti gli infortuni derivanti da atti terroristici cui l'Assicurato abbia partecipato in modo volontario.

È definito atto di terrorismo, una qualsiasi azione violenta fatta con il supporto dell'organizzazione di uno o più gruppi di persone (anche se realizzata da una persona singola) diretta ad influenzare qualsiasi governo e/o terrorizzare l'intera popolazione o una parte importante di essa, allo scopo di raggiungere un fine politico o religioso o ideologico o etnico.

4. RESPONSABILITÀ DEL CONTRAENTE

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

Qualora l'infortunato o gli anzidetti beneficiari recedano dall'azione di responsabilità civile o rimangono in essa soccombenti, l'indennità accantonata viene agli stessi pagata sotto deduzione delle spese giudiziarie sostenute dal Contraente e/o dalla Società.

Fermo quanto precede, la Società risponde per ciascun infortunato delle maggiori somme che il Contraente fosse tenuto a pagare rispettivamente per Morte, Invalidità Permanente in eccedenza alle indennità liquidate in base alla polizza e fino a concorrenza di un'ulteriore importo uguale a quello di detta indennità fino ad un limite massimo di € 150.000,00.

Nel caso di più Assicurati che hanno subito infortunio nel medesimo evento l'esborso totale a carico della Società, in eccedenza all'indennizzo dovuto in base alle somme assicurate non potrà superare **la somma complessiva di Euro 800.000,00** indipendentemente dal numero delle persone infortunate.

Se per un infortunio viene iniziato un procedimento penale o una causa in sede civile, il Contraente dovrà darne comunicazione alla Società, appena ne abbia conoscenza; parimenti dovrà informare questa di qualsiasi domanda proposta da infortunati o loro beneficiari o aventi diritto per conseguire risarcimenti a titolo di responsabilità civile, trasmettendole in ogni caso documenti, notizie e quant'altro riguarda la vertenza.

La Società assume fino a quando ne ha interesse, e sostenendone le spese a termini di legge, la gestione delle vertenze tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, sia civile che penale, a nome del Contraente, avvalendosi di tutti i diritti ed azioni ad esso competenti.

5. LIMITI DI ETÀ

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore a ottantacinque 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.

6. 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.

7. ESONERO DENUNCIA GENERALITA' DEGLI ASSICURATI

Il Contraente è esonerato dall'obbligo dalla preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per l'identificazione di tali persone, si farà riferimento alle risultanze dei libri del Contraente o ad altri documenti probatori depositati presso il Contraente, o registri previsti per Legge.

8. ALTRE ASSICURAZIONI

È data facoltà al Contraente di non comunicare le altre assicurazioni che ogni Assicurato avesse in corso o che stipulasse in futuro con altre imprese per gli stessi rischi assicurati con il presente contratto di assicurazione.

9. 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 o all'ufficio all'uopo incaricato entro 15 giorni dall'infortunio o dal momento in cui il Contraente o 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 o l'ufficio all'uopo incaricato 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, 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.

10. CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

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 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 preesistenti casi di mutilazioni o difetti fisici, l'indennità per il caso di 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 quanto stabilito dall'art. 12) della presente assicurazione.

11. 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.

Qualora l'assicurazione sia stata stipulata in ottemperanza al Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro applicabile all'Assicurato, la somma per il caso di morte sarà corrisposta alle persone cui spetta

obbligatoriamente in forza del citato Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro e solo in mancanza di tali persone si applicherà quanto disposto dai primi due commi del presente articolo.

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. 3].

12. 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 (I.N.A.I.L.) approvata con D.P.R. 30 giugno 1965 n° 1124, 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.

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.

13. INABILITÀ TEMPORANEA PER APPLICAZIONE DI APPARECCHIO GESSATO

Qualora l'infortunio comporti l'applicazione di apparecchio gessato o di tutori immobilizzanti equivalenti, fissi e rigidi, la Società liquiderà la indennità giornaliera indicata nella "scheda tecnica" a partire dal giorno successivo a quello dell'infortunio per un massimo di giorni 90.

14. DIARIA PER DEGENZA IN ISTITUTO DI CURA

Se l'infortunio rende necessario il ricovero in Istituto di Cura, la Società corrisponderà la diaria indicata nella scheda di programma per ogni giorni di ricovero fino ad un massimo di 90 giorni per ogni infortunio.

15. RIMBORSO SPESE DI CURA A SEGUITO DI INFORTUNIO

Per la cura delle lesioni causate da infortunio indennizzabile a termini di polizza, la Società rimborsa - sino alla concorrenza della somma indicata nella "Scheda di programma", le spese effettivamente sostenute:

a) durante il ricovero, per la degenza in Istituto di cura per:

- onorari dei medici, esami, diritti di sala operatoria;
- materiale di intervento - comprese le endoprotesi;
- trattamento rieducativi e riabilitativi;
- rette di degenza.

b) per prestazioni sanitarie extra-ricovero, per:

- accertamenti diagnostici, onorari dei medici;

- interventi chirurgici ambulatoriali e spese mediche;
- trattamenti riabilitativi, noleggio di apparecchiature terapeutiche e/o ortopediche;
- cure e protesi dentarie, ottiche ecc. rese necessarie da infortunio;
- trasporto in ambulanza dell'Assicurato con mezzi adeguati alla gravità delle condizioni dell'infortunato.

Resta convenuto che le garanzie previste al precedente punto b) vengono prestate con uno scoperto del 10% col minimo di € 50,00.=

In caso di ricovero nelle strutture del Servizio Sanitario Nazionale non si farà luogo all'applicazione dello scoperto.

16. ANTICIPO SU INDENNIZZI

L'Assicurato può richiedere alla Società un anticipo sugli indennizzi per INVALIDITÀ PERMANENTE, trascorsi almeno 120 giorni dalla data della denuncia dell'infortunio e fino ad un massimo del 50% del presumibile indennizzo stesso, e comunque con il massimo di euro 50.000,00, a condizione che la presunta percentuale di INVALIDITÀ PERMANENTE stimata dalla Società, in base alla documentazione acquisita, sia pari o superiore al 25% del totale, e l'accertamento definitivo sia rinviato ad oltre 2 anni dal giorno dell'infortunio.

Tale valutazione provvisoria deve ritenersi non impegnativa rispetto alla definitiva valutazione del danno.

Le richieste di anticipo su indennizzo potranno essere accolte dalla Società a condizione che non siano sorte contestazioni sulla operatività delle garanzie.

Il pagamento degli anticipi sugli indennizzi sarà effettuata dalla Società entro 30 giorni dalla data della richiesta avanzata dall'Assicurato, salvo il diritto della Società stessa alla restituzione di quanto corrisposto qualora emergessero successivamente fatti tali da invalidare, in tutto o in parte, le garanzie assicurative.

Resta in ogni caso inteso che l'anticipo corrisposto sarà dedotto da quanto dovuto, in sede di liquidazione definitiva.

17. PROVA

E' a carico di chi domanda l'indennità di provare che sussistono tutti gli elementi che valgono a costituire il suo diritto a termini di polizza.

18. LIQUIDAZIONE DELL'INDENNITÀ

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquida all'Assicurato (o agli aventi diritto del medesimo) l'indennità che risulta dovuta, né da comunicazione agli interessati ed **invia esclusivamente** al Contraente gli "ATTI DI LIQUIDAZIONE" del sinistro, atti che dovranno essere regolarmente sottoscritti sia dal Contraente sia dall'Assicurato (o dagli aventi diritto del medesimo).

La Società provvede al pagamento della indennità, nei 30 (trenta) gironi successivi alla restituzione degli "ATTI" debitamente sottoscritti dal Contraente e dall'Assicurato (o dagli aventi diritto del medesimo).

19. 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 (Vedi Art. 1916 del Codice Civile) nei diritti dell'Assicurato, che potrà così esercitarli integralmente nei confronti dei terzi responsabili.

CONDIZIONI PARTICOLARI

1. ASSICURAZIONE IN BASE ALLE RETRIBUZIONI

- a) L'Amministrazione è esonerata dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per la loro identificazione e per la determinazione delle somme assicurate e del premio si farà riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione del Contraente tenuti obbligatoriamente per legge.
- b) Agli effetti assicurativi per retribuzione si intende quanto per il dipendente viene comunicato al competente ENTE PREVIDENZIALE quale imponibile per il conteggio dei relativi contributi.
- c) Per la liquidazione delle indennità è considerata retribuzione annua dell'infortunato quella a lui corrisposta, per i titoli di cui sopra, nei 12 mesi precedenti il mese nel quale si è verificato l'infortunio. Se il rapporto di lavoro dell'infortunato è inferiore a 12 mesi, la retribuzione maturata nel periodo di lavoro effettivo viene rapportata ad anno.
- d) Il tasso di premio viene pattuito per ogni mille euro di retribuzione computata ai sensi del precedente punto b).

2. INDENNIZZO IN CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE - FRANCHIGIE

Qualora si verifichi un infortunio risarcibile a termini di polizza, la Società effettua, in caso di INVALIDITÀ PERMANENTE, il pagamento di una percentuale della somma assicurata per invalidità permanente, in proporzione al grado d'invalidità permanente accertato secondo i criteri e le percentuali indicate al precedente art. 12) delle Norme che Regolano l'Assicurazione Infortuni, con le seguenti modalità:

La Società, in caso di invalidità permanente corrisponderà all'Assicurato l'indennità spettante ai sensi di polizza, se il grado di invalidità risulta superiore al 3%(tre per cento).

Tale percentuale, pertanto, viene considerata a tutti gli effetti come franchigia assoluta.

- sulla parte di somma assicurata fino a Euro 250.000,00 l'indennizzo è dovuto solo se il grado d'invalidità permanente è di grado superiore al 3% della totale; in tal caso l'indennità verrà liquidata solo per la percentuale di invalidità permanente eccedente il 3%;
- sulla parte di somma assicurata eccedente Euro 250.000,00 l'indennizzo è dovuto solo se il grado di invalidità permanente è di grado superiore al 5% della totale; in tal caso l'indennità verrà liquidata solo per la percentuale di invalidità permanente superiore al 5%.

Resta comunque inteso che:

in caso di invalidità permanente di grado pari o superiore al 65% della totale, la Società liquiderà un indennizzo in misura pari al 100% del capitale assicurato in polizza per l'invalidità permanente, fermi restando in ogni caso i "criteri di indennizzabilità" stabiliti in polizza.

3. INFORTUNI DETERMINATI DA CALAMITÀ NATURALI

Con riferimento all'art. 1912 del Codice Civile, si pattuisce l'estensione dell'assicurazione agli infortuni causati da movimenti tellurici, inondazioni, eruzioni vulcaniche ma con il seguente limite:

- in caso di evento che colpisca più persone assicurate con la stessa Società l'esborso massimo di quest'ultima non potrà superare il 10% dei premi del Ramo Infortuni raccolti nell'anno precedente l'evento, rilevabile nel relativo bilancio di esercizio.

Qualora gli indennizzi complessivamente dovuti eccedano il limite sopra indicato, le somme spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotte in proporzione al rapporto che intercorre fra il detto limite e il totale degli indennizzi dovuti.

4. EVENTO CON PLURALITÀ DI INFORTUNI DI PERSONE ASSICURATE

Nel caso di evento che colpisca più persone assicurate, l'indennizzo dovuto dalla Società non potrà superare complessivamente l'importo di € 2.000.000,00.

5. RIMPATRIO SALMA

In caso di decesso dell'Assicurato a seguito di infortunio occorso durante la sua permanenza all'estero, la Società, fino alla concorrenza di € 2.600,00, rimborserà le spese sostenute per il trasporto della salma dal luogo dell'infortunio al luogo di sepoltura in Italia.

6. RIENTRO SANITARIO

La garanzia è estesa al rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato in caso di infortunio occorso all'estero e che renda necessario il suo trasporto in ospedale attrezzato in Italia o alla sua residenza; la garanzia è prestata fino alla concorrenza di € 2.600,00.

SCHEDA TECNICA PERSONE ASSICURATE

1. Amministratori

Descrizione del Rischio:

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:

CARICHE o MANSIONI	N° Pers. Ass.	CAPITALI ASSICURATI CASO MORTE (€)	CAPITALI ASSICURATI INVALIDITÀ PERMANENTE (€)	INDEN. TEMP. DA INGESS. (€)	DIARIA DA RICOVERO (€)	RIMBORSO SPESE DA INFORTUNIO (€)
Sindaco	1	100.000,00	100.000,00	50,00	50,00	2.600,00
Assessori	5	100.000,00	100.000,00	50,00	50,00	2.600,00
Consiglieri	12	75.000,00	75.000,00	50,00	50,00	2.600,00

2. Segretario Comunale

DESCRIZIONE DEL RISCHIO:

La garanzia vale per i rischi professionali nell'esercizio della propria attività svolta per conto del Contraente, anche per effetto di Convenzioni esistente con altri Enti Contraente, comprese le missioni svolte anche nell'ambito dei territori comunali, i trasferimenti o viaggi di servizio e le mansioni svolte anche al di fuori dei Comuni in rappresentanza dei Comuni stessi, i relativi rischi di circolazione.

È compreso l'infortunio in itinere, ed in particolare quello avvenuto:

- durante il normale percorso di andata e ritorno dal luogo di abitazione a quello del lavoro;
- durante il normale percorso che collega gli Enti facenti parte della Convenzione

L'assicurazione è prestata per i capitali sotto riportati:

Assicurato.	CAPITALI ASSICURATI CASO MORTE (€)	CAPITALI ASSICURATI INVALIDITÀ PERMANENTE (€)	RIMBORSO SPESE DA INFORTUNIO (€)
Segretario	150.000,00	150.000,00	5.000,00

3. Dipendenti

DESCRIZIONE DEL RISCHIO:

La garanzia vale per i rischi professionali nell'esercizio della propria attività svolta per conto del Contraente, comprese le missioni svolte anche nell'ambito del territorio comunale, i trasferimenti o viaggi di servizio e le mansioni svolte anche al di fuori del Comune in rappresentanza del Comune stesso, ed i relativi rischi di circolazione.

È compreso l'infortunio in itinere, ed in particolare quello avvenuto durante il percorso di andata e ritorno dal luogo di abitazione a quello del lavoro.

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

L'assicurazione è prestata per i capitali sotto riportati:

	CAPITALI ASSICURATI CASO MORTE (€)	CAPITALI ASSICURATI INVALIDITÀ PERMANENTE (€)	RIMBORSO SPESE DA INFORTUNIO (€)
N° di volte la retribuzione annua lorda	5	6	5.000,00
con il massimo di €	250.000,00	300.000,00	

4. 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	2.600,00	50,00	50,00

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.

5. Studenti e Attività Ricreative

La garanzia è prestata in favore di studenti/scolari individuabili in base agli atti del Contraente durante lo svolgimento dell'attività didattica, sia all'interno degli Istituti Scolastici (compresi gli Asili Nido) che all'esterno, nonché in occasione della preparazione, allenamenti e gare dei Giochi della Gioventù e dei Campionati Studenteschi, delle manifestazioni sportive scolastiche internazionali indette dalla Federazione Internazionale dello Sport Scolastico e di ogni altra attività sportiva deliberata conformemente alla lettera F del D.P.M. 31 maggio 1974, n. 416.

La garanzia è prestata altresì durante lo svolgimento delle attività ricreative, corsi, estate ragazzi, ecc. indetti, organizzati dal Contraente.

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 (€)
Studenti	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.

SCHEDA TECNICA

1 A SINDACO					Totale
Persone assicurate n.	1	premio annuo pro capite €		€	
1 B ASSESSORI					
Persone assicurate n.	5	premio annuo pro capite €		€	
1 C CONSIGLIERI					
Persone assicurate n.	12	premio annuo pro capite €		€	
2) SEGRETARIO					
Persone assicurate n.	1	premio annuo pro capite €		€	
3) DIPENDENTI					
Retribuzioni annue lorde	€ 780.000,00	Tasso ‰		€	
4) VOLONTARI E FIGURE IN GENERE					
Persone assicurate n.	10	premio annuo pro capite €		€	
5) STUDENTI E ATTIVITÀ RICREATIVE					
Persone assicurate n.	130	premio annuo pro capite €		€	
PREMIO IMPONIBILE TOTALE					
IMPOSTE					
PREMIO ANNUO LORDO TOTALE					

CONTEGGIO DEL PREMIO

Premio alla firma periodo dal 31/05/2016 al 31/05/2017

Premio imponibile	Imposte	Premio lordo alla firma
€	€	€

Rate successive al

Premio imponibile	Imposte	Premio lordo alla firma
€	€	€

Luogo e data: _____

La Società

L'Ente Contraente