



Capitolato speciale di polizza - Lotto 5 Infortuni

**LOTTO 5
CAPITOLATO SPECIALE POLIZZA INFORTUNI
CIG: 7916165204**

Contraente:

Comune di Bagni di Lucca
Via Umberto I, 103
55022 Bagni di Lucca (LI)

Durata del contratto:

Dalle ore 24.00 del: 30.06.2019
Alle ore 24.00 del: 30.06.2022



SOMMARIO

<i>DEFINIZIONI.....</i>	4
<i>SEZ. 1) NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE.....</i>	6
Art. 1 – Dichiarazioni relative alle circostanze di rischio.....	6
Art. 2 – Clausola di Buona Fede	6
Art. 3 – Variazione del rischio	6
Art. 4 – Altre assicurazioni	6
Art. 5 –Durata e proroga dell'assicurazione.....	6
Art. 6 –Pagamento del premio.....	7
Art. 7 – Regolazione del premio – Rivalutazione del premio anticipato	7
Art. 8 – Modifiche del contratto	8
Art. 9 – Forma e validità delle comunicazioni	8
Art. 10 – Foro competente.....	8
Art. 11 – Interpretazione del contratto	8
Art. 12 – Validità delle norme di polizza	8
Art. 13 – Limiti territoriali	8
Art. 14 – Coassicurazione e Delega	8
Art. 15 – Clausola Broker	9
Art. 16 – Rinvio alle norme di legge	9
Art. 17 – Oneri fiscali	9
Art. 18 – Tracciabilità dei flussi finanziari	9
Art. 19 – Esonero denuncia generalità degli Assicurati.....	9
Art. 20 – Esonero denuncia condizioni degli Assicurati.....	9
Art. 21 – Esonero denuncia altre Assicurazioni.....	9
Art. 22 – Rinuncia alla rivalsa	9
Art. 23 – Trattamento dei dati	9
<i>SEZ.2) NORME CHE REGOLANO LA GESTIONE SINISTRI.....</i>	10
Art. 24 – Obblighi in caso di sinistro.....	10
Art. 25 – Recesso in caso di sinistro.....	10
Art. 26 – Produzione di informazioni sui sinistri	10
Art. 27 – Denuncia dell' infortunio ed obblighi relativi.....	10
Art. 28 – Criteri di indennizzo	11
Art. 29 – Cumulo di indennità	11
Art. 30 – Controversie.....	11



Art. 31 – Responsabilità del Contraente.....	11
Art. 32 – Limite Catastrofale.....	12
<i>SEZ.3) – NORME CHE REGOLANO L’ ASSICURAZIONE (OGGETTO DELL’ ASSICURAZIONE /</i>	<i>13</i>
<i>PRESTAZIONI)</i>	
Art. 33 – Oggetto dell’assicurazione.....	13
Art. 34 – Esclusioni.....	13
Art. 35 – Rischio guerra	14
Art. 36 – Infortuni aeronautici.....	14
Art. 37 – Danni estetici	14
Art. 38 – Limiti di età	14
Art. 39 – Persone non assicurabili.....	15
Art. 40 – Malattie tropicali.....	15
<i>PRESTAZIONI.....</i>	<i>16</i>
Art. 41 – Morte.....	16
Art. 42 – Morte presunta.....	16
Art. 43 – Invalidità permanente.....	16
Art. 44 – Inabilità temporanea (non operante).....	17
Art. 45 – Rimborso spese mediche e di cura.....	17
Art. 46 – Diaria da ricovero (non operante)	18
Art. 47 – Malattie professionali.....	18
Art. 48 – Elevazione dell’indennità assicurata in caso di morte da aggressione.....	18
Art. 49 – Deroga ai limiti di età.....	18
<i>SEZ.4)- PARTITE E CAPITALI ASSICURATI (SCOPERTI/FRANCHIGIE/LIMITI DI</i>	<i>19</i>
<i>INDENNIZZO).....</i>	
<i>SCHEDA CONTEGGIO DEL PREMIO.....</i>	<i>21</i>



DEFINIZIONI

Alle seguenti denominazioni, le Parti attribuiscono convenzionalmente il significato di seguito precisato:

SOCIETÀ:	La Compagnia Assicuratrice
CONTRAENTE:	Il soggetto che stipula il contratto di assicurazione
ASSICURATO:	Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione
BENEFICIARIO:	In caso di morte gli eredi legittimi o testamentari, in tutti gli altri casi l'assicurato stesso
RISCHIO:	la possibilità che si verifichi il sinistro
POLIZZA:	il documento che prova e regola il contratto di assicurazione
PREMIO:	La somma dovuta dal Contraente alla Società, comprese le imposte
SINISTRO:	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione
INDENNIZZO:	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro
BROKER:	L'impresa di Brokeraggio alla quale, per incarico conferito dal Contraente, è affidata la gestione dell'Assicurazione
FRANCHIGIA:	L'importo previsto dalle condizioni contrattuali che in caso di sinistro viene detratto dalla somma liquidata a termini di polizza e che rimane a carico esclusivo dell'Assicurato
INFORTUNIO:	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, un'invalidità permanente o un'inabilità temporanea
RISCHI PROFESSIONALI:	Gli infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio delle proprie occupazioni professionali, compresi gli infortuni che l'assicurato subisca durante il normale percorso di andata e ritorno dal luogo di abitazione al luogo di lavoro, nel tempo necessario alla sua effettuazione e sempre che gli infortuni stessi siano stati regolarmente denunciati all'INAIL
RISCHIO EXTRA-PROFESSIONALE:	Gli infortuni che l'Assicurato subisca durante situazioni di tempo o di luogo che non possono essere ricondotte a rischio professionale
INVALIDITA' PERMANENTE:	Perdita, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità generica dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione
INABILITA' TEMPORANEA:	La perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale della capacità dell'Assicurato ad attendere alla propria normale attività
RICOVERO:	Degenza in istituto di cura comportante almeno un pernottamento
DAY HOSPITAL:	Degenza in istituto di cura in esclusivo regime diurno



ISTITUITO DI CURA:	L'ospedale pubblico, la clinica, la casa di cura sia accreditati presso il Servizio Sanitario Nazionale che privati, legalmente riconosciuti e regolarmente autorizzati al ricovero dei malati, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno
RETRIBUZIONI:	Per retribuzione annua lorda si intende la somma di : -quanto al lordo delle ritenute previdenziali i dipendenti dell'Ente obbligatoriamente assicurati presso l'INAIL e quelli non INAIL effettivamente ricevono a compenso delle loro prestazioni. (al netto degli oneri riflessi) - quanto al lordo delle ritenute previdenziali i lavoratori parasubordinati di cui al dlgs 38/2000 ricevono a compenso delle loro prestazioni - quanto al lordo delle ritenute previdenziali i lavoratori di cui al dlgs 276/03 di attuazione alla legge 30/03 ricevono a compenso delle loro prestazioni
SOMMA ASSICURATA:	La massima esposizione della Società per sinistro e per persona assicurata



SEZ.1) - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli Art. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile, unicamente in caso di dolo.

Art. 2 – Clausola di Buona Fede

La mancata comunicazione da parte del Contraente di circostanze aggravanti il rischio come le inesatte o incomplete dichiarazioni dell'atto alla stipulazione della polizza, non comporteranno decadenza del diritto di indennizzo né riduzione dello stesso, sempre che tali omissioni o inesattezze siano avvenute in buona fede. 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.

Art. 3 – Variazione del rischio

Le parti convengono che le variazioni che comportano diminuzioni o aggravamento del rischio conseguenti a disposizioni di legge, di regolamenti o di atti amministrativi, non sono soggette alla disciplina degli articoli 1897 e 1898 del Codice Civile, e che pertanto il nuovo rischio rientra automaticamente in garanzia senza modifica del premio.

Gli aggravamenti di rischio, ovvero variazioni modificative della natura dell'assicurato, non noti e non accettati dagli assicuratori, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi dell'articolo 1898 del Codice Civile.

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

Art. 4– Altre assicurazioni

Si conviene tra le parti che qualora si rivelasse che per gli stessi enti oggetto del presente contratto esistono altre coperture, gli eventuali danni denunciati dall'Assicurato a valere sulla presente polizza saranno liquidati ed indennizzati dalla Società direttamente all'Assicurato medesimo, a prescindere dall'esistenza di altri contratti assicurativi.

Si esonera il Contraente e gli Assicurati dal dare preventiva comunicazione alla Società di eventuali polizze già esistenti e/o quelle che verranno in seguito stipulate sugli stessi rischi oggetto del presente contratto; l'Assicurato ha l'obbligo di farlo in caso di sinistro.

Art. 5 – Durata e proroga dell'assicurazione

La durata del presente contratto è fissata in anni tre (3), con effetto alle ore 24.00 del 30.06.2019 e scadenza alle ore 24.00 del 30.06.2022.

Alla relativa scadenza, il contratto cesserà automaticamente, senza obbligo di preventiva comunicazione tra le Parti. Sarà comunque facoltà delle Parti rescindere il contratto al termine di ogni periodo assicurativo annuo, mediante lettera raccomandata da spedirsi almeno 60 giorni prima della scadenza annuale.

Alla scadenza definitiva del presente contratto, su richiesta del Contraente, la Società si impegna a prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche per un periodo di 180 giorni oltre la scadenza contrattuale.



Art. 6 – Pagamento del premio

Il rischio di cui alla presente polizza dovrà essere messo in copertura dalle ore 24.00 del 30.06.2019 da parte della Società Delegataria e delle Società Coassicuratrici.

Le Società avranno il diritto al pagamento della prima rata di premio, entro i 60 giorni successivi alla data di decorrenza del contratto.

Per le rate successive alla prima è concesso il termine di rispetto di 60 giorni, trascorso il quale l'assicurazione resta sospesa e rientra in vigore soltanto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento del premio, ferme restando le date di scadenza contrattualmente stabilite.

Il premio del presente contratto ha frazionamento annuale con scadenze di rata al 30.06 di ogni annualità.

I premi devono essere pagati alla Società per il tramite del Broker.

Qualora le eventuali verifiche effettuate dal Contraente ai sensi del Decreto n. 40/2008 del Ministero dell'Economia e delle Finanze, evidenziassero un inadempimento a carico della Società, la stessa si impegna comunque a ritenere in copertura il rischio di cui trattasi, dietro presentazione di copia del pagamento effettuato dal Contraente.

Art. 7 – Regolazione del premio – Rivalutazione del premio anticipato

Il premio di polizza è convenuto in tutto o in parte in base ad elementi variabili, viene anticipato in via provvisoria nella misura indicata in polizza ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minor durata dello stesso, in proporzione alle variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio, fermo restando il premio minimo stabilito.

A tale scopo, entro 90 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o del periodo di minor durata, il Contraente deve comunicare alla Società i dati definitivi delle predette variazioni.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti od il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società deve fissargli, mediante atto formale di messa in mora, un ulteriore termine non inferiore a 30 giorni dandone comunicazione scritta, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto od a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo annuo per il quale non ha avuto luogo la regolazione od il pagamento della differenza attiva e la garanzia resta sospesa fino alle ore 24.00 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto i suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

In caso di mancata comunicazione dei dati di regolazione o di mancato pagamento dei premi di congruaggio, non dovuti a comportamenti dolosi del contraente, gli eventuali sinistri potranno essere indennizzati nella stessa proporzione esistente tra il premio versato a deposito e l'intero premio dovuto (deposito+congruaggio).

Le differenze, attive o passive, del premio risultanti dal conteggio devono essere saldate entro 60 giorni dal ricevimento della relativa appendice di regolazione.

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio la Società, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

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

Se all'atto della regolazione annuale, il consuntivo degli elementi variabili di rischio supera il doppio di quanto preso come base per la determinazione del premio dovuto in via anticipata, quest'ultimo viene rettificato a partire dalla prima scadenza annua successiva alla comunicazione, sulla base di una rivalutazione del preventivo degli elementi variabili, comunque non inferiore al 75% dell'ultimo consuntivo.



Art. 8 – Modifiche del contratto

Le eventuali modifiche e/o integrazioni risultanti da appendici successive devono essere provate per iscritto mediante documento sottoscritto dalle Parti.

Art. 9 – Forma e validità delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni intercorrenti fra la Società ed il Contraente, per il tramite del Broker devono essere fatte per mezzo di lettera raccomandata A.R., telefax, mail o pec.

Art. 10 – Foro competente

Il foro competente è esclusivamente quello dell'autorità giudiziaria ove ha sede il Contraente.

Art. 11 – Interpretazione del contratto

Resta inteso che, in tutti i casi dubbi, l'interpretazione del contratto sarà quella più estensiva e più favorevole all'Assicurato.

Art. 12 – Validità delle norme di polizza

Si intendono operanti unicamente le norme di cui al testo del Capitolato Speciale per la copertura assicurativa indicato dall'Ente Contraente in sede di gara integrato da eventuali varianti presentate dalla Società nell'offerta di gara anche nel caso in cui il presente documento risulti essere difforme.

Conseguentemente anche la firma apposta dal Contraente su moduli a stampa o su schede di polizza vale solo quale presa d'atto del premio e della eventuale ripartizione del rischio tra le società partecipanti alla coassicurazione.

Art. 13 – Limiti territoriali

La validità dell'assicurazione è estesa al mondo intero.

Art. 14 – Coassicurazione e Delega

Qualora l'Assicurazione fosse divisa per quote fra diverse Società Coassicuratrici ai sensi dell'art. 1911 del Codice Civile, in caso di sinistro le Società stesse concorreranno nel pagamento dell'indennizzo, liquidato a termini delle Condizioni di Assicurazione in proporzione della quota da esse assicurata, esclusa ogni responsabilità solidale.

Nel caso in cui le suddette Società siano invece temporaneamente raggruppate ai sensi dell'art. 37 del D.Lgs. n. 163/2006 tutte le Società sono responsabili in solido per il pagamento dell'indennizzo e la Società mandataria del raggruppamento è considerata Società Delegataria.

Il Contraente dichiara di avere affidato la gestione del presente contratto al Broker incaricato e le Società hanno convenuto di affidare la delega alla Società Delegataria indicata in esso; di conseguenza tutti i rapporti inerenti la presente Assicurazione saranno svolti per conto del Contraente dal Broker incaricato 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 sottoscritta Società Delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle Coassicuratrici indicate negli atti suddetti (polizza e appendici) a firmarli anche in loro nome e per loro conto.

Pertanto la firma apposta dalla Direzione della Società Delegataria sui Documenti di Assicurazione, li rende ad ogni effetto validi 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. 15 – Clausola Broker

Il Contraente dichiara di aver affidato, ai sensi del D. Lgs. n. 209/2005, la gestione del presente contratto alla Società di Brokeraggio assicurativo **Grifo Insurance Brokers S.p.A.**

L'assicurato e la Società si danno reciprocamente atto che ogni comunicazione inerente l'esecuzione della presente assicurazione avverrà per il tramite del Broker incaricato. Pertanto, agli effetti delle condizioni della presente polizza, la Società dà atto che ogni comunicazione fatta dal contraente/assicurato al Broker si intenderà come fatta alla Società stessa e viceversa, come pure ogni comunicazione fatta dal Broker alla Società si intenderà come fatta dal Contraente/Assicurato stesso.

Il pagamento dei premi effettuato dall'Assicurato/Contraente al Broker ha efficacia liberatoria anche ai termini dell'articolo 1901 del Codice Civile. Il Broker invierà alla Società le relative comunicazioni di incasso da ritenersi valide anche per le quote delle società coassicuratrici.

I premi incassati dal Broker verranno versati alla Società entro il giorno 10 del mese successivo a quello dell'incasso. Allo stesso modo il Broker provvederà, nei confronti di eventuali coassicuratrici, a regolarizzare i rapporti contabili.

Art. 16 – Rinvio alle norme di legge

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

Art. 17 – Oneri fiscali

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

Art. 18 – Tracciabilità dei flussi finanziari

Le Parti si obbligano a rispettare gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari previsti ai sensi della Legge 136/2010 e successive modifiche ed integrazioni

Art. 19 – 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.

Art. 20 – Esonero denuncia condizioni degli Assicurati

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le malattie sofferte, nonché le mutilazioni ed i difetti fisici da cui gli assicurati fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire.

Art. 21 – Esonero denuncia altre assicurazioni

Il Contraente e l'Assicurato sono esonerati dall'obbligo di denunciare alla Società eventuali altre polizze da loro stipulate.

Art. 22 – 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 Cod. Civ.) nei diritti dell'Assicurato, che potrà così esercitarli integralmente nei confronti dei terzi responsabili.

Art. 23 – Trattamento dei dati

Ai sensi del D.Lgs n. 196/2003 e del Regolamento UE 679/2016 nonché ss.mm.ii., ciascuna delle parti (contraente Assicurato e Società) consentono il trattamento dei dati personali rilevabili dalla polizza o che ne derivino, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali.



SEZ.2) - NORME CHE REGOLANO LA GESTIONE DEI SINISTRI

Art. 24 – Obblighi in caso di sinistro

In caso di sinistro il Contraente deve inviare avviso scritto alla Società o al Broker, entro 30 giorni da quando l'ufficio addetto alla gestione dei contratti assicurativi del Contraente ne ha avuto conoscenza.

Art. 25 – Recesso in caso di sinistro

Dopo ciascun sinistro che, nell'annualità assicurativa, abbia comportato il pagamento di un indennizzo, ma entro 60 giorni dalla data del pagamento stesso, entrambe le Parti possono recedere dal contratto, tramite raccomandata A.R., con preavviso di 120 giorni. La Società entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte del premio, al netto dell'imposta relativa al periodo di rischio non corso.

Art. 26 – Produzione di informazioni sui sinistri

1. La Società a semplice richiesta del Contraente ed entro 20 giorni dal ricevimento della stessa, si impegna a fornire all'Amministrazione contraente ed al Broker l'evidenza dei sinistri denunciati a partire dalla data di decorrenza del contratto.

Tale elenco dovrà essere fornito in formato digitale tramite file modificabili e dovrà riportare per ciascun sinistro:

- il numero del sinistro attribuito dall'Assicuratore;
- la data di accadimento dell'evento;
- la data della denuncia;
- la tipologia dell'evento;
- l'indicazione dello stato del sinistro secondo la seguente classificazione e con i dettagli di seguito indicati: a) sinistro agli atti, senza seguito; b) sinistro liquidato, in data _____ con liquidazione pari a € _____; c) sinistro aperto, in corso di verifica con relativo importo stimato pari a € _____.

2. L'Assicuratore si impegna a fornire ogni altra informazione disponibile, relativa al contratto assicurativo in essere che l'Amministrazione, d'intesa con l'Assicuratore, ritenga utile acquisire nel corso della vigenza del contratto. Al riguardo l'Amministrazione deve fornire adeguata motivazione.

Art. 27 – 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 30 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 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. 28 – 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.

Art. 29 – Cumulo di indennità

L'indennità per inabilità temporanea è cumulabile 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 chiederanno il rimborso nel caso contrario.

Art. 30 – Controversie

In caso di divergenza sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni o sul grado di invalidità permanente, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità, le parti si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere se ed in quale misura siano dovuti i rimborsi o le indennità, a norma e nei limiti delle norme di polizza, ad un Collegio di tre membri nominati uno per parte ed il terzo dalle parti di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio. Il Collegio medico risiede ove ha sede il Contraente.

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

La Società entro 10 giorni dalla nomina del terzo medico, convoca il Collegio invitando l'Assicurato a presentarsi.

Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono obbligatorie per le parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale. È dato facoltà al Collegio Medico di rinviare l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente, ove ne riscontri l'opportunità, a un termine, entro due anni, da fissarsi dal Collegio stesso, nel quale caso il Collegio può intanto stabilire una provvisoria sull'indennizzo totale non inferiore alla percentuale di invalidità permanente in discussione.

Art. 31 – Responsabilità del Contraente

Poiché la presente assicurazione è stata stipulata dal Contraente anche nel proprio interesse quale possibile responsabile di sinistro, si conviene che qualora l'infortunio o, in caso morte, i beneficiari non accettino, a completa tacitazione per l'infortunio, l'indennizzo dovuto ai sensi della presente polizza ed avanzino verso il Contraente maggiori pretese a titolo di responsabilità civile, detto indennizzo viene accantonato nella sua totalità, per essere computato nel risarcimento che il Contraente fosse tenuto a corrispondere per sentenza o transazione.

Qualora l'infortunio o gli anzidetti beneficiari recedano dall'azione di responsabilità civile, o rimangono in essa soccombenti, l'indennizzo accantonato viene agli stessi pagato sotto deduzione, a favore del Contraente, delle spese di causa sostenute dal Contraente stesso.

Le disposizioni contenute nel presente articolo potranno non essere applicate su richiesta scritta alla Società da parte del Contraente.

**Art. 32 – Limite Catastrofale**

Nel caso di infortunio che colpisca contemporaneamente più persone assicurate, in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà comunque superare l'importo di € 5.000.000,00.

Qualora le indennità liquidabili ai sensi di polizza eccedessero nel loro complesso tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.



SEZ.3) - NORME CHE REGOLANO L' ASSICURAZIONE (OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE/PRESTAZIONI)

Art. 33 – Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisce nell'esercizio delle attività professionali principali e secondarie dichiarate dal Contraente (rischi professionali), compreso il rischio in itinere e le missioni effettuate con l'impiego di normali mezzi di locomozione.

L'Assicurazione vale altresì per le eventuali diverse attività professionali non dichiarate che, in base alle effettive caratteristiche del rischio, non avrebbe determinato alcun aumento del premio.

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. 34 – 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. 35 – Rischio Guerra; da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- 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 occorsi in occasione di partecipazione ad imprese temerarie, salvo in quest'ultimo caso che si tratti di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- e) le conseguenze di operazioni chirurgiche e di accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio;



f) stato di ubriachezza quando l'Assicurato è alla guida di veicoli e natanti a motore.

Art. 35 – Rischio guerra

La garanzia viene estesa agli infortuni avvenuti all'estero 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.

Art. 36 – Infortuni aeronautici

L'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei da lui effettuati in qualità di passeggero su velivoli ed elicotteri eserciti da società di traffico aereo regolare, non regolare e di trasporto a domanda, nonché da autorità civili e militari in occasione di traffico civile, da ditte e privati per attività turistica o di trasferimento e da società di lavoro aereo, esclusivamente durante trasporto pubblico passeggeri. In tale estensione non sono compresi i viaggi aerei effettuati su velivoli ed elicotteri eserciti da Società/Aziende di Lavoro Aereo, in occasione di voli diversi dal trasporto pubblico di passeggeri o da Aeroclubs.

Il rischio volo inizia nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dei suddetti aeromobili e cessa quando ne è disceso; la salita e la discesa, mediante scale ed altre attrezzature speciali aeroportuali, fanno parte del rischio del volo.

Resta convenuto che la somma delle garanzie previste da questa estensione, non potrà superare per ciascuna persona assicurata i capitali di € 1.000.000,00 per il caso di morte, € 1.000.000,00 per il caso di invalidità permanente totale e € 250,00 giornalieri per il caso di inabilità temporanea assoluta, e per aeromobile i capitali di € 5.000.000,00 per il caso morte, € 5.000.000,00 per il caso di invalidità permanente totale e di € 5.000,00 giornalieri per il caso di inabilità temporanea assoluta.

In detta limitazione per aeromobile rientrano anche i capitali riferiti ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio volo con estensioni contemplate da polizze infortuni cumulative stipulate dallo stesso Contraente. Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedessero gli importi sopra indicati, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno adeguate con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti.

Art. 37 – Danni estetici

Si conviene che in caso di infortunio non escluso dalle Condizioni della presente polizza, che produca conseguenze di carattere estetico, ma che non comporti indennizzo a titolo di invalidità permanente, la Società rimborserà comunque le spese documentate sostenute dall'Assicurato per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico, nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica, il tutto entro il limite di € 2.500,00 per evento. Qualora, nonostante gli interventi e le applicazioni di cui sopra, residui all'Assicurato un danno estetico, l'indennizzo dovuto dalla Società per tale danno non potrà comunque eccedere il 10% della somma assicurata per invalidità permanente.

Art. 38 – Limiti di età

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore agli 80 (ottanta) 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. 39 – 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 depressivi o stati paranoici, AIDS.

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. 40 – Malattie tropicali

La garanzia è prestata per il rischio delle malattie tropicali da cui gli assicurati fossero colpiti durante il soggiorno in tutto il mondo, con l'intesa che per le malattie tropicali devono intendersi quelle contemplate nel R.D. 07.02.38 n° 281 e successive modifiche ed integrazioni.

La validità della garanzia per le malattie tropicali è subordinata al fatto che gli assicurati si trovino in perfette condizioni di salute o che siano sottoposti alle prescritte pratiche di profilassi richieste dalle autorità sanitarie dei paesi ove si recano.



PRESTAZIONI

Art. 41 – Morte

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifica entro 2 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 C.C.N.L. applicabile all'Assicurato, la somma per il caso di morte sarà corrisposta alle persone cui spetta obbligatoriamente in forza del citato C.C.N.L. 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 Cod. Civ..

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 € 2.000,00 (duemila/00) le spese necessarie per il trasporto della salma fino alla residenza dell'Assicurato.

Art. 42 – Morte presunta

La Società dichiara che se il corpo dell'Assicurato non venisse trovato entro un anno a seguito di arenamento, affondamento e naufragio del mezzo di trasporto aereo, lacustre, fluviale o marittimo, fermo restando quanto previsto dalle Condizioni di Assicurazione, verrà riconosciuto l'indennizzo previsto per il caso di morte, considerando l'evento di cui sopra come infortunio. Quando sia stato effettuato il pagamento delle indennità ed in seguito l'Assicurato ritorni o si abbiano di lui notizie sicure, la Società ha diritto alla restituzione delle intere somme pagate e relative spese, e l'Assicurato stesso potrà fare valere i diritti che eventualmente gli sarebbero spettati nel caso avesse subito lesioni indennizzabili a norma della presente polizza. Le lesioni corporali causate dall'esposizione agli elementi della natura dovuti ad un atterraggio di fortuna, arenamento, affondamento o naufragio del mezzo di trasporto sopra richiamato, sono peraltro garantite dalla presente polizza.

Art. 43 – Invalidità permanente

Se l'infortunio ha per conseguenza un'invalidità permanente e questa si verifica entro 2 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.

Decorso almeno 90 giorni dall'infortunio, su richiesta dell'Assicurato la Società, quando abbia preventivato un grado di invalidità permanente superiore al 20%, anticiperà il pagamento di un indennizzo calcolato con riferimento all'anzidetta percentuale, al netto di eventuali franchigie.

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.

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.

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

Art. 44 – Inabilità temporanea (non operante)

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, liquidano l'indennità giornaliera:

- a) integralmente, per tutto il tempo in cui l'Assicurato si è trovato nell'incapacità fisica di attendere completamente alle sue occupazioni;
- b) al 50%, per tutto il tempo in cui l'Assicurato si è trovato nell'incapacità fisica di attendere 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. 45 – Rimborso spese mediche e di cura

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

- ricovero o intervento chirurgico in day hospital: spese sostenute per degenza in istituto di cura per onorari di medici e della equipe operatoria, cure mediche, esami di laboratorio, diritti di sala operatoria, materiale di intervento, trattamenti riabilitativi, rette di degenza;
- trasporto dell'assicurato in ospedale o in clinica e ritorno a casa effettuato con ambulanza e/o mezzi di soccorso;



- prestazioni sanitarie extra-ricovero: spese sostenute per accertamenti diagnostici, onorari medici, interventi chirurgici ambulatoriali, cure mediche, trattamenti riabilitativi e fisioterapici, noleggio apparecchiature terapeutiche e/o ortopediche, cure e protesi dentarie;
- intervento riparatore di danno estetico (deturpazione obiettivamente constatabile): spese sostenute per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico, nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica.

Art. 46 – Diaria da ricovero (non operante)

Se in conseguenza dell'infortunio l'Assicurato è ricoverato in istituto di cura, la Società liquida un'indennità per ogni giorno di ricovero pari al massimale assicurato, per un periodo massimo di 180 giorni – anche non consecutivi – da quello dell'infortunio. Il giorno di dimissione non è indennizzabile.

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. 47 – Malattie professionali

L'assicurazione viene estesa anche alle malattie professionali, che siano insorte nel corso della validità del presente contratto, intendendosi come tali quelle attualmente previste dal D.P.R. 30.06.1965 n° 1124 e con la franchigia prevista. È fatta eccezione per la silicosi, per l'asbestosi e per le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, che si intendono pertanto escluse dalla garanzia.

Art. 48 – Elevazione dell'indennità assicurata in caso di morte da aggressione

La società per il solo caso di morte determinata da aggressione, atti di terrorismo o attentato, ai danni delle persone assicurate, corrisponderà l'indennità prevista in polizza per il caso di morte, maggiorata del 50%.

Art. 49 – Deroga ai limiti di età

L'assicurazione è operante anche per le persone di età superiore a 80 anni e fino ad 85 anni, per le quali resta tuttavia convenuto che la garanzia per invalidità permanente deve intendersi prestata con una franchigia fissa assoluta del 5% in deroga ad ogni diversa previsione delle norme che regolano l'assicurazione.



**SEZ. 4) - PARTITE E CAPITALI ASSICURATI
(SCOPERTI/FRANCHIGIE/LIMITI DI INDENNIZZO)**

Sono assicurati gli appartenenti alle seguenti categorie per i capitali e le garanzie di seguito indicati:

1) Amministratori (Sindaco, assessori e consiglieri):

La garanzia è prestata a favore degli Amministratori per gli infortuni occorsi nello svolgimento delle loro mansioni svolte per conto della Contraente, nonché per le mansioni svolte in rappresentanza dell'Ente in altri organi collegiali.

L'assicurazione vale altresì per gli infortuni occorsi agli stessi durante le riunioni e le assemblee, nonché durante i trasferimenti dal luogo di residenza o lavoro per raggiungere il luogo della riunione e viceversa.

Garanzia	Somma assicurata pro-capite	Franchigia
Morte:	€ 300.000,00	
Invalità Permanente:	€ 300.000,00	
Rimborso Spese Mediche:	€ 5.000,00	
Parametro per il calcolo del premio:		13 soggetti

2) Infortuni del Conducente dei veicoli di proprietà o in uso dell'Ente, ovvero di proprietà di dipendenti, segretario o persone autorizzate e/o di terzi per ragioni di servizio:

La garanzia è prestata a favore dei conducenti dei veicoli di proprietà dell'Ente, per gli infortuni occorsi ai dipendenti alla guida di tali mezzi, e/o di terzi nonché gli infortuni subiti nella salita e la discesa dal veicolo e gli infortuni subiti in conseguenza delle operazioni necessarie alla ripresa della marcia del veicolo in caso di incidente stradale e/o guasto nonché a seguito di manutenzione del veicolo.

Garanzia	Somma assicurata pro-capite	Franchigia
Morte:	€ 200.000,00	
Invalità Permanente:	€ 200.000,00	
Rimborso Spese Mediche:	€ 5.000,00	
Parametro per il calcolo del premio:		n° 13 veicoli di proprietà dell'Ente km 7.000 con veicolo non di proprietà dell'Ente



3) Partecipanti al progetto Trekking:

La garanzia è prestata a favore dei partecipanti al progetto Trekking, per gli infortuni occorsi nello svolgimento delle attività previste dai programmi organizzati dall'Ente (gite, escursioni, giornate educativo/formative, attività ludico ricreative, etc.)

Garanzia	Somma assicurata pro-capite	Franchigia
Morte:	€ 100.000,00	
Invalità Permanente:	€ 100.000,00	
Rimborso Spese Mediche:	€ 1.500,00	
Parametro per il calcolo del premio:		n° 1350 giornate/presenze

4) Partecipanti al progetto lavoro socialmente utile:

La garanzia è prestata a favore dei partecipanti al progetto Lavori Socialmente Utili, impiego volontario migranti sul territorio comunale, per gli infortuni occorsi nello svolgimento delle Attività previste dall'Ente

Garanzia	Somma assicurata pro-capite	Franchigia
Morte:	€ 100.000,00	
Invalità Permanente:	€ 100.000,00	3%
Rimborso Spese Mediche:	€ 1.500,00	
Parametro per il calcolo del premio:		10 soggetti

5) Comitato quartiere Cafaggio:

Garanzia	Somma assicurata pro-capite	Franchigia
Morte:	€ 100.000,00	
Invalità Permanente:	€ 100.000,00	3%
Rimborso Spese Mediche:	€ 1.500,00	
Parametro per il calcolo del premio:		7 volontari



SCHEDA CONTEGGIO DEL PREMIO

Categoria Assicurata		Garanzia	Parametro di calcolo del premio	Premio Imponibile	Imposte	Premio lordo
1	Amministratori	Rischio di Carica	N° 13			
2	Infortuni conducente	Rischio Carica	N°13 veicoli (di proprietà dell'Ente)			
			Km 7.000 (veicoli non di proprietà dell'Ente)			
3	Partecipanti Trekking	Rischio Carica	N° 1350 giornate di presenza			
4	Partecipanti lavori utili	Rischio Carica	N° 10			
5	Comitato quartiere Cafaggio	Rischio Carica	N° 7			