

CAPITOLATO SPECIALE DI APPALTO

Polizza INFORTUNI CUMULATIVA

CONTRAENTE / ASSICURATO

UMBRIA TPL E MOBILITA' S.p.A
Strada Santa Lucia, 4 - 06125 Perugia
P.Iva 03176620544

DEFINIZIONI

ASSICURATO: Il soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione

ASSICURAZIONE: Il contratto di assicurazione

ATTIVITA': Quella svolta dalla Contraente per Statuto

CONTRAENTE: La persona giuridica che stipula l'assicurazione

FRANCHIGIA: L'importo prestabilito di danno indennizzabile che rimane a carico dell'Assicurato

INDENNIZZO/RISARCIMENTO: La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro

POLIZZA: Il documento contrattuale che prova l'assicurazione

PREMIO: La somma dovuta alla Società

RISCHIO: La probabilità del verificarsi del sinistro

SCOPERTO: La percentuale prestabilita di danno indennizzabile che resta a carico dell'Assicurato

SINISTRO: Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa

IMPRESA/SOCIETA': la Compagnia assicuratrice

INABILITA' TEMPORANEA: Temporanea incapacità fisica dell'Assicurato di attendere alle attività assicurate in polizza

INFORTUNIO: Evento dovuto a causa violenta, fortuita ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili

INVALIDITÀ PERMANENTE: Diminuzione o perdita definitiva ed irrimediabile della generica capacità dell'Assicurato a svolgere un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione esercitata

MALATTIA: Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio, intendendo per tale ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili

MALATTIE COESISTENTI: Malattie o invalidità presente nel soggetto, che non determinano alcuna influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sulla invalidità da essa causata, in quanto interessano sistemi organo-funzionali diversi.

MALATTIE CONCORRENTI: Malattie o invalidità presenti nel soggetto, che determinano una influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sulla invalidità da essa causata, in quanto interessano uno stesso sistema organo-funzionale.

RETRIBUZIONI: quanto, al netto delle ritenute previdenziali, il dipendente effettivamente riceve a compenso delle sue prestazioni, comprese le indennità fisse, i premi, le gratificazioni, i compensi speciali di qualsiasi natura (escluso quanto corrisposto a titolo di rimborso spese), quando pure abbiano carattere transitorio o di contingenza, la partecipazione agli utili e le provvigioni, nonché l'equivalente in denaro di tutte le corresponsioni in natura purché sul tutto sia conteggiato o conteggiabile il premio di assicurazione"

Art. 1 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

1.1 DURATA DEL CONTRATTO

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24:00 del 30/09/2021 e scadrà alle ore 24:00 del 30/09/2024, senza tacito rinnovo alla scadenza finale e ricorrenza annuale il 30/09. Si conviene che le Parti hanno la facoltà di recedere dal contratto dalla prima ricorrenza annuale con lettera raccomandata da inviarsi con almeno 120 (centoventi) giorni di anticipo rispetto a ciascuna scadenza anniversaria.

La Società si impegna a concedere una proroga del contratto, alle stesse condizioni normative ed economiche, di 180 (centottanta) giorni se ciò risultasse necessario per concludere la procedura di gara per l'aggiudicazione di un nuovo contratto. Il Contraente invierà la richiesta alla Società con preavviso di almeno 30 (trenta) giorni da darsi alla Società mediante lettera raccomandata.

1.2 COASSICURAZIONE E DELEGA (valida solo in caso di polizza in coassicurazione)

L'assicurazione è ripartita per quota tra le Società indicate nel riparto allegato.

Resta confermato che in caso di sinistro ognuna delle coassicuratrici concorrerà al pagamento dell'indennizzo in proporzione alla quota da essa assicurata, esclusa ogni responsabilità solidale.

La Spettabile _____ all'uopo designata Coassicuratrice Delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle coassicuratrici indicate nel riparto a firmare tutti gli atti anche in loro nome e per conto e ciò vale anche per il presente atto.

Pertanto, le comunicazioni inerenti alla polizza (ivi comprese le comunicazioni relative al recesso ed alla disdetta) devono trasmettersi dall'una all'altra parte solo per il tramite della Spettabile Delegataria la cui firma in calce di eventuali futuri atti impegnerà che le Coassicuratrici che in forza della presente clausola ne conferiscono mandato.

Nel caso in cui il presente contratto sia aggiudicato ad associazione temporanea impresa costituitasi in termini di legge, si deroga totalmente al disposto dell'art. 1911 C.C., essendo tutte le imprese sottoscrittrici responsabili in solido nei confronti del contraente aggiudicatore.

La delega assicurativa è assunta dalla Compagnia indicata dal raggruppamento di imprese quale mandataria. Non è consentita l'associazione anche in partecipazione od il raggruppamento temporaneo d'impresa concomitante o successivo all'aggiudicazione della gara.

1.3 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO – MODIFICHE DEL RISCHIO - BUONA FEDE

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze della Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto al risarcimento nonché la stessa cessazione dell'assicurazione.

Si conviene comunque che l'eventuale omissione di dichiarazioni da parte della Contraente e/o dell'Assicurato di una circostanza aggravante il rischio, così come le inesatte e/o incomplete dichiarazioni, sia all'atto della stipulazione della polizza che durante il corso della stessa, non pregiudicheranno l'operatività di questa assicurazione, sempreché avvenute in buona fede e fermo il diritto della Società di richiedere il maggior premio proporzionale al maggior rischio che ne deriva, con decorrenza dalla data in cui le circostanze aggravanti si siano verificate.

Nel caso che il Contraente non accetti le nuove condizioni, nel termine di 60 (sessanta) giorni dalla ricevuta comunicazione della variazione, ha il diritto di recedere dal contratto con preavviso di 120 (centoventi) giorni.

Se, invece, la variazione implica diminuzione di rischio, il premio è ridotto in proporzione a partire dalla data della comunicazione fatta dal Contraente e la Società rinuncia al relativo diritto di recesso di cui all'art.1897 cc.

1.4 FORMA DELLE COMUNICAZIONI E MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

Tutte le comunicazioni a cui le parti sono tenute saranno considerate valide se fatte dall'una all'altra parte con lettera raccomandata, telex, telefax od altro mezzo.

1.5 PAGAMENTO DEI PREMI (perfezionamento e rate successive) – PERIODO DI MORA PER OGNI RATA

A parziale deroga dell'art. 1901 C.C. il Contraente/Assicurato è tenuto al pagamento della prima rata di premio entro **60 giorni** dal ricevimento della polizza, fermo restando l'effetto dell'operatività della copertura dalle ore 24 del giorno indicato in polizza. Trascorso infruttuosamente tale termine, la copertura avrà effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Il termine di **60 giorni** vale anche per il pagamento di appendici comportanti un premio alla firma.

Se il Contraente/Assicurato non paga i premi per le rate successive l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del **60° giorno** dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento ferme le successive scadenze (art. 1901 C.C.).

I premi potranno essere pagati alla Direzione della Società o alla sede dell'Agenzia alla quale è assegnata la polizza.

Per regolazioni e/o variazioni che comportino un pagamento di premio, il Contraente potrà pagare tale premio, nei modi di cui sopra, entro 60 giorni dal ricevimento delle relative appendici, salvo termini a lui più favorevoli previsti altrove in polizza.

1.5 BIS - REGOLAZIONE PREMIO

Il premio, convenuto in base ad elementi di rischio variabili, viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza - che viene inteso come premio minimo annuo comunque acquisito - ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo e della minore durata del contratto, secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio.

A tale scopo, entro 120 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o della minore durata del contratto, il Contraente deve fornire per iscritto alla Società i dati necessari per la regolazione del premio nel periodo di riferimento.

Le differenze attive risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei 60 giorni dalla ricezione da parte del Contraente della relativa appendice di regolazione, formalmente ritenuta corretta.

In caso di mancata comunicazione dei dati di regolazione o di mancato pagamento del premio di conguaglio, la Società deve fissare un ulteriore termine non inferiore a 30 giorni dandone comunicazione scritta al Contraente a mezzo lettera raccomandata; le garanzie si intenderanno sospese a decorrere dal trentesimo giorno dalla ricezione della stessa.

Se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo di sospensione delle garanzie. La Società ha il diritto di effettuare in qualsiasi momento verifiche e controlli per i quali il Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e la documentazione necessaria.

1.6 ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI

Si dà atto che possono sussistere altre assicurazioni per lo stesso rischio. In tal caso, per quanto efficacemente coperto di assicurazione con la presente polizza, ma non coperto dalle altre, la Società risponde per l'intero danno e fino alla concorrenza del massimale previsto dalla presente polizza.

In deroga al disposto dell'Art. 1910 C.C., 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.

Il Contraente ha l'obbligo di prestare tale dichiarazione in caso di sinistro, se ne è a conoscenza.

1.7 INTERPRETAZIONE DELLA POLIZZA

Il presente contratto deve essere interpretato secondo buona fede.

In caso di interpretazione dubbia delle clausole le medesime vanno interpretate nel senso più favorevole all'assicurato/contraente.

1.8 ONERI FISCALI

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

1.9 FORO COMPETENTE

Per le controversie relative al presente contratto è competente, esclusivamente, l'autorità giudiziaria del luogo della sede del Contraente.

1.10 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non è diversamente regolato al presente contratto e successive appendici, valgono le norme di legge.

1.11 RECESSO PER SINISTRO

Dopo ogni sinistro e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o dal rifiuto dell'indennizzo, la Società ha facoltà di recedere dal contratto con preavviso di **90 giorni** da darsi con lettera raccomandata con specifica indicazione del sinistro in base al quale la Società ha scelto di avvalersi della presente facoltà. Il computo dei **90 giorni** decorre dalla data di ricevimento della suddetta raccomandata da parte del Contraente.

La Società rimborserà al Contraente i ratei di premio pagati e non goduti, escluse le imposte entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso.

1.12 TRATTAMENTO DEI DATI

Ai sensi della Decreto Legislativo 196/2003 e ss.mm. e ii. le Parti consentono il trattamento dei dati personali contenuti nella presente polizza o che ne derivino, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali.

1.13 OBBLIGHI DELLA SOCIETA' INERENTI L'ANDAMENTO DEL RISCHIO

Entro tre mesi dalla scadenza di ogni annualità e in ogni caso sei mesi prima della scadenza contrattuale, entro i 30 giorni solari successivi, l'Assicuratore, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di riservatezza dei dati personali, si impegna a fornire all'Amministrazione contraente l'evidenza dei sinistri denunciati a partire dalla data di decorrenza del contratto. Tale elenco dovrà riportare per ciascun sinistro

- il numero del sinistro attribuito dall'Assicuratore;
- la data di accadimento dell'evento;
- la data della denuncia;
- la tipologia di rischio assicurato;
- 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, con liquidazione pari a € _____;
 - c) sinistro aperto/riservato, in corso di verifica con relativo importo stimato pari a € _____;

Art. 2 - NORME CHE REGOLANO L' ASSICURAZIONE INFORTUNI

2.14 – Oggetto dell'Assicurazione

L' assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento delle attività indicate in ogni singola categoria.

2.15 - Esclusioni

Fatte salve le deroghe espressamente previste in polizza nei successivi articoli, sono esclusi dall' assicurazione gli infortuni derivanti:

- a) dalla guida di veicoli e natanti a motore, se l'assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- b) dall' uso, anche come passeggero, di aeromobili (compresi deltaplani ed ultra leggeri), salvo quanto disposto al punto 2.16;
- c) dalla pratica del paracadutismo, del parapendio e degli sport aerei in genere;
- d) da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall' uso di stupefacenti o allucinogeni;
- e) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- f) da delitti dolosi compiuti o tentati dall' Assicurato;
- g) da guerre o insurrezioni;
- h) da movimenti tellurici, inondazioni o eruzioni vulcaniche;

i) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).

l) da infarti e da ernie di qualsiasi tipo

m) carbonchio, malarie e malattie tropicali, salvo quanto disposto dall'Art. 30 Malarie e malattie tropicali

2.16 – Rischio volo

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

- da Società/Azienda di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;

- da aeroclubs.

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

per persona: - euro 2.600.000,00 per il caso di Morte

- euro 2.600.000,00 per il caso di Invalidità Permanente

- euro 500,00 per il caso di Inabilità Temporanea

per aeromobile: - euro 10.000.000,00 per il caso di Morte

- euro 10.000.000,00 per il caso di invalidità Permanente

- euro 5.000,00 per il caso di Inabilità Temporanea

Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedessero gli importi sopra indicati, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno adeguate con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti.

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

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

2.17 – Servizio militare

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

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

2.18 – Limite di età

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore ai **70 anni**.

Tuttavia, per le persone che raggiungono tale età in corso di contratto, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa al compimento di detto termine, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso verranno restituiti al Contraente.

2.19 – 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.

Di conseguenza l'assicurazione cessa al manifestarsi di tali affezioni.

2.20 – Estensioni territoriali

L'assicurazione vale in tutto il mondo. L'inabilità temporanea, al di fuori dell'Europa o degli Stati extraeuropei del Mediterraneo, è indennizzabile limitatamente al periodo di ricovero ospedaliero; tale limitazione cessa dalle ore 24 del giorno di rientro in Europa o negli Stati sopra menzionati.

2.21 - Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio. Se, al momento dell'infortunio, l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

2.22 – Morte

L'indennizzo per il caso di morte è dovuto se la morte stessa si verifica - anche se successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno dell'infortunio.

Tale indennizzo viene liquidato ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'assicurato in parti uguali.

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente, ma se entro 2 anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, gli eredi dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso, mentre i beneficiari hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per morte - se superiore - e quello già pagato per invalidità permanente.

2.23 – Invalidità Permanente

L'indennizzo per il caso di invalidità permanente è dovuto se l'invalidità stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno dell'infortunio.

L'indennizzo per invalidità permanente parziale è calcolato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, in proporzione al grado d'invalidità accertata secondo i criteri e le percentuali indicate nella tabella di cui all'allegato 1 del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge.

Nei confronti delle persone affette da mancinismo, le percentuali di invalidità previste per l'arto superiore destro e la mano destra, varranno per l'arto superiore sinistro e la mano sinistra e viceversa.

Se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita totale, le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.

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

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

2.24 – Inabilità temporanea (*operante se indicata all'Art. 3/Rischi e somme assicurate*)

L'indennizzo per inabilità temporanea è dovuto:

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

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

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

La presente garanzia viene prestata con una franchigia temporale assoluta di tre giorni.

2.25 - Diaria da ricovero (*operante se indicata all'Art. 3/Rischi e somme assicurate*)

Se in conseguenza ad infortunio indennizzabile a termini di polizza l'assicurato viene ricoverato in Istituto di cura legalmente riconosciuto, la Società corrisponde l'indennità giornaliera assicurata, pattuita per ogni giorno di ricovero, per un periodo massimo di 300 gg.

La diaria viene liquidata dietro presentazione di copia della cartella clinica completa di dichiarazione dell'Istituto di cura attestante la durata del ricovero.

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

2.26 – Rimborso spese mediche da infortunio (*operante se indicata all'Art. 3/Rischi e somme assicurate*)

La Società rimborsa agli assicurati, in caso di infortunio risarcibile a termini di polizza, il costo delle cure mediche sostenute, fino a concorrenza, per ogni evento, dell'importo indicato sulla scheda di rischio:

Per cure mediche si intendono:

- Spese ospedaliere o cliniche;
- Onorari a medici e chirurghi;
- Accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio;
- Spese per il trasporto su ambulanze e/o mezzi speciali di soccorso all'Istituto di cura o all'ambulatorio;
- Spese fisioterapiche in genere e spese farmaceutiche;
- Spese per la prima protesi, escluse comunque le protesi dentarie.

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

Qualora gli Assicurati fruiscano di altre analoghe prestazioni assicurative (sociali o private), la garanzia vale per l'eventuale eccedenza di spese da questa non rimborsate.

2.27 – Modalità di valutazione del danno - Controversie

In caso di divergenza sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni, sul grado o durata dell'inabilità temporanea e sulla loro entità, le Parti si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato a decidere, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, a un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici.

Il Collegio medico risiede presso la sede della Contraente.

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

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

2.28 – 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 loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 C.C.

2.29 – Diritto di surrogazione

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 C.C. verso i Terzi responsabili dell'infortunio.

2.30 – Malaria e malattie tropicali

Limitatamente al caso di I.P. l'assicurazione è estesa alle malattie tropicali che potessero contrarre le persone assicurate.

Per malattie tropicali devono intendersi le seguenti: amebiasi, bilhariosi, dermatifo, dissenteria batterica, febbre ittero-emoglobinurica, meningite cerebro spinale epidemica, vaiolo, febbre ricorrente africana, infezione malarica perniciosa. L'estensione è subordinata alla circostanza che gli assicurati si trovino in perfette condizioni di salute e che siano stati preventivamente sottoposti alle prescritte pratiche di profilassi.

Per tale estensione di garanzia non si fa luogo ad indennizzo per Invalidità Permanente quando questa è di grado non superiore al 20% della invalidità totale. Se invece l'invalidità permanente supera il 20%, sarà corrisposto l'indennizzo totale.

Art. 3 - RISCHI ASSICURATI, CATEGORIE E SOMME ASSICURATE

CATEGORIA A –AMMINISTRATORE UNICO e SINDACI

L'Assicurazione è prestata per tutti i componenti del Consiglio di Amministrazione e del Collegio Sindacale in carica per gli infortuni che gli assicurati subiscano sia durante lo svolgimento del proprio mandato, compreso il rischio in itinere, sia durante lo svolgimento di ogni altra attività professionale ed extra-professionale, 24 ore su 24.

La garanzia si intende prestata sulla base dei seguenti capitali assicurati, per ciascun assicurato:

RISCHI E SOMME ASSICURATE

Morte: **€ 500.000,00;**

Invalidità permanente: **€ 500.000,00;**

CATEGORIA B - DIRIGENTI

L'Assicurazione è prestata per tutto il personale dipendente dalle Contraente appartenente alla categoria **Dirigente**, per gli infortuni che gli assicurati subiscano nello svolgimento di ogni attività sia professionale che extra-professionale, 24 ore su 24.

La garanzia si intende prestata sulla base dei seguenti capitali assicurati:

RISCHI E SOMME ASSICURATE

Morte: **5** volte la retribuzione annua lorda con il massimo di **€ 600.000,00;**

Invalidità permanente: **6** volte la retribuzione annua lorda con il massimo di **€ 720.000,00.**

CATEGORIA C - INFORTUNI MISSIONI DIPENDENTI E COLLABORATORI

L'assicurazione è prestata per gli infortuni sofferti dai **dipendenti (esclusi i dirigenti) e collaboratori** (comunque utilizzati, compresi gli occasionali e gli straordinari), autorizzati a servirsi del mezzo di trasporto proprio, a loro in uso, o comunque di proprietà o in locazione, per missioni autorizzate dall'Ente ex D.lg. 333 del 3.8.1990.

Poiché la presente assicurazione è stipulata dalla Contraente anche nel proprio interesse e secondo quanto disposto dai relativi D.P.R., gli importi liquidati in base alla presente polizza saranno detratti dalle somme eventualmente spettanti a titolo di equo indennizzo per lo stesso evento.

Sono compresi gli infortuni sofferti dagli assicurati sia in qualità di conducenti che di trasportati, sui mezzi di trasporto di cui sopra.

L'assicurazione vale anche contro gli infortuni accaduti durante le fasi di discesa e salita dal veicolo e mentre l'assicurato, in caso di fermata accidentale del veicolo, si trovi a terra per eseguire operazioni necessarie per consentire al veicolo stesso di riprendere la marcia.

Si precisa che il Contraente è esonerato dall'obbligo di preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate; per l'individuazione di tali elementi e per il computo del premio si farà riferimento alle risultanze dei registri o altri documenti equipollenti sui quali il Contraente si impegna a registrare data e luogo della trasferta, generalità del dipendente autorizzato, n° km percorsi.

RISCHI E SOMME ASSICURATE

Morte: € 250.000,00;

Invalidità permanente: € 250.000,00;

CATEGORIA D - INFORTUNI CONDUCENTI VEICOLI DI PROPRIETÀ DELL'ENTE, DI PROPRIETÀ DI TERZI ED IN USO ESCLUSIVO ALL'ENTE, IN LOCAZIONE O COMODATO ALL'ENTE

L'assicurazione è prestata contro gli infortuni subiti dagli Assicurati (esclusi i Dirigenti), comprese persone non in rapporto di dipendenza con il Contraente, della cui opera lo stesso si avvale, in occasione della guida di veicoli di proprietà dell'Ente, di proprietà di terzi ed in uso esclusivo all'Ente o in locazione o comodato all'Ente.

Poiché la presente assicurazione è stipulata dalla Contraente anche nel proprio interesse e secondo quanto disposto dai relativi D.P.R., gli importi liquidati in base alla presente polizza saranno detratti dalle somme eventualmente spettanti a titolo di equo indennizzo per lo stesso evento.

Sono compresi gli infortuni sofferti dagli assicurati sia in qualità di conducenti che di trasportati, sui mezzi di trasporto di cui sopra.

L'assicurazione vale anche contro gli infortuni accaduti durante le fasi di discesa e salita dal veicolo e mentre l'assicurato, in caso di fermata accidentale del veicolo, si trovi a terra per eseguire operazioni necessarie per consentire al veicolo stesso di riprendere la marcia.

Si precisa che il Contraente è esonerato dall'obbligo di preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate e delle caratteristiche dei veicoli; per l'individuazione di tali elementi e per il computo del premio si farà riferimento alle risultanze dei registri o altri documenti equipollenti sui quali il Contraente si impegna a registrare data e luogo della trasferta, generalità del dipendente autorizzato, veicolo usato e n° km percorsi.

RISCHI E SOMME ASSICURATE

Morte: € 250.000,00;

Invalidità permanente: € 250.000,00;

Art. 4 CONDIZIONI PARTICOLARI

Si precisa che sono considerati infortuni anche:

- asfissia causata da fuga di gas o di vapore;
- soffocamento da ingestione di solidi e/o liquidi;
- avvelenamenti o intossicazioni acuti da ingestione di cibo o altre sostanze;
- intossicazioni anche aventi origine traumatica;
- affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi, escluse per queste ultime quelle di cui gli insetti siano portatori necessari, le punture vegetali, nonché le infezioni tutte conseguenti ad eventi risarcibili a termini di polizza;
- ustioni in genere, nonché il contatto con corrosivi caustici;
- annegamento;

- assideramento o congelamento;
- folgorazione e scariche elettriche in genere;
- colpi di sole o di calore o di freddo;
- lesioni determinate da sforzi con esclusione di infarti ed ernie.

L'assicurazione vale anche per:

- gli infortuni sofferti in stato di malore o incoscienza o conseguenti a vertigini;
- gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- gli infortuni derivanti da influenze termiche ed atmosferiche;
- gli infortuni conseguenti a colpi di sonno.

A) EVENTI SOCIOPOLITICI

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

B) CALAMITA' NATURALI

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

C) COLPA GRAVE

L'assicurazione vale anche per gli infortuni derivanti da colpa grave dell'Assicurato.

D) RISCHIO GUERRA

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

E) ESTENSIONE ALL'HIV

Premesso che per contagio da virus H.I.V. si intende una alterazione dello stato di salute conseguente ad infortunio avvenuto esclusivamente in dipendenza dei rischi assicurati in polizza, l'Assicurato che ritiene di avere contratto la malattia a causa di un evento accidentale ed esterno occorsogli nello svolgimento dell'attività per la quale è prestata l'assicurazione, deve darne notizia entro 5 giorni dal momento in cui si è verificato l'evento, a mezzo telegramma o fax indirizzato all'Agenzia che gestisce la polizza.

Contemporaneamente deve inviare alla Società, a mezzo raccomandata, descrizione dettagliata dell'infortunio, certificata dall'Ente presso il quale si è verificato l'evento accidentale o per il quale l'assicurato svolge la sua attività. Entro 10 giorni dall'evento l'Assicurato deve sottoporsi ad un primo test HIV presso un centro specializzato indicato dalla Società Assicuratrice. Qualora dal test risulti che l'Assicurato è sieropositivo, non sarà dovuto alcun indennizzo, l'assicurazione nei suoi confronti cesserà immediatamente ed il premio sarà diminuito dalla prima scadenza annua successiva. Se il primo test immunologico fornirà un risultato negativo l'Assicurato entro i 180 giorni successivi dovrà sottoporsi ad un secondo test presso il medesimo centro e, se da questo risulterà che l'Assicurato è divenuto sieropositivo, entro un anno dalla data di denuncia dell'evento la Società liquiderà un indennizzo pari ad € 50.000,00. Tutte le spese mediche relative al test HIV restano a carico dell'Assicurato; tuttavia in caso di sinistro indennizzabile a termini di polizza anche dette spese verranno rimborsate dalla Società. L'assicurato deve sottoporsi agli accertamenti e ai controlli medici disposti dalla Società, fornire alla stessa ogni informazione e produrre copia della cartella clinica completa, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato. L'Assicurato deve essere identificato, pena la decadenza

della garanzia assicurativa, al momento di sottoporsi al test immunologico. L'assicurato dovrà inoltre sottoscrivere, al momento della denuncia del sinistro, l'apposita "informativa" ai sensi del D.Lgs. 196/03. Il rispetto dei termini della denuncia dell'infortunio e degli altri obblighi sopra indicati è essenziale per la validità della copertura assicurativa e pertanto l'inosservanza dei predetti termini comporta la decadenza da ogni diritto all'indennizzo.

F) RISCHIO IN ITINERE

La garanzia comprende il rischio in itinere, cioè gli infortuni che possono colpire gli Assicurati durante:

- il tragitto dall'abitazione (anche occasionale) al luogo di lavoro e viceversa;
- il tragitto dalla sede dove viene svolta la loro attività fino al raggiungimento di altre sedi e viceversa purché questi infortuni avvengano durante il tempo necessario a compiere il percorso per via ordinaria e con gli abituali mezzi di locomozione, tanto privati che pubblici.

G) ERNIE TRAUMATICHE E DA SFORZO - ERNIE ADDOMINALI

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

- qualora sia operabile, viene corrisposta solamente l'indennità per il caso di inabilità temporanea fino ad un massimo di 30 giorni;
- qualora l'ernia, anche bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, viene corrisposta solamente un'indennità non maggiore del 10% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente totale;
- qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio medico di cui alle Condizioni Generali di Assicurazione.

H) FRANCHIGIA SU INVALIDITA' PERMANENTE (valida per tutte le CATEGORIE assicurate)

Sui primi € 250.000,00 di capitale assicurato l'indennizzo verrà riconosciuto senza applicazione di alcuna franchigia. Sull'eccedenza di tale somma non si farà luogo ad indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado inferiore o uguale al 5% dell'invalidità permanente totale; se invece essa risulterà superiore al 5% dell'invalidità permanente totale, l'indennizzo verrà corrisposto soltanto per la parte eccedente. Nel caso in cui l'invalidità permanente sia di grado pari o superiore al 50% dell'invalidità permanente totale l'indennizzo verrà liquidato senza applicazione di alcuna franchigia.

I) LIQUIDAZIONE INVALIDITA' PERMANENTE

Per i casi di Invalidità Permanente conseguenti ad infortunio di grado non inferiore al 50% accertato con i criteri di indennizzabilità previsti dalle Condizioni Particolari di Assicurazione verrà corrisposto un indennizzo pari al 100% del capitale assicurato

L) MALATTIE PROFESSIONALI (garanzia operante per la sola CATEGORIA B DIRIGENTI)

L'assicurazione viene estesa alle **malattie riportate in servizio e per causa di servizio** che abbiano come conseguenza la morte o la invalidità permanente e che siano insorte nel corso di validità del presente contratto intendendosi come tali quelle attualmente previste nella tabella allegato n. 4 al D.P.R. 30/6/1965 n. 1124 e successive modificazioni.

Limitatamente alla garanzia malattia non si fa luogo a indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado pari o inferiore al 15% della totale; se invece risulterà superiore al 15%, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente.

L'operatività della garanzia è subordinata alla condizione che la malattia insorga nel corso del rapporto assicurativo e si manifesti entro un anno dalla data di cessazione del rapporto stesso o, se anteriore, dalla data di cessazione del servizio.

Sono escluse dalla garanzia le nevrosi, le malattie mentali e le tubercolari. Vale anche per la garanzia malattia l'esclusione, prevista dalle condizioni generali di assicurazione, relativamente alle conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure da radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche.

M) ANTICIPO INDENNIZZO

Qualora a seguito di infortunio fosse quantificata un'Invalidità Permanente di grado superiore al 20% la Società metterà a disposizione, quale anticipo indennizzo, il 50% dell'importo presumibilmente indennizzabile, con il massimo di euro 51.000,00.

N) MORTE PRESUNTA

Nel caso di presentazione di istanza per la dichiarazione di Morte presunta ai sensi dell'art. 60 e 62 del C.C., la Società liquida agli aventi diritto la somma assicurata per il caso di morte, a condizione che:

a) siano trascorsi 180 giorni dalla data in cui risale l'ultima notizia dell'Assicurato; b) possa ragionevolmente desumersi che la morte è avvenuta per un evento indennizzabile ai sensi di polizza.

Se successivamente l'Assicurato ritorna o ne è provata l'esistenza, la Società può agire anche nei suoi confronti per il recupero di quanto pagato e degli interessi, l'Assicurato potrà tuttavia far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita.

O) DIABETE

L'assicurazione vale anche per le persone affette da diabete, a condizione che l'infortunio non sia conseguenza diretta del diabete ed ogni complicazione riferibile al diabete esclusa.

P) ESONERO DALL' OBBLIGO DI DENUNCIA DI INFERMITA' MUTILAZIONI O DIFETTI FISICI

La Contraente è esonerata dalla denuncia di infermità, difetti fisici o mutilazioni di cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire. In caso di infortunio, resta comunque espressamente confermato il disposto dell'Art. 20 delle C.G.A..

Q) ESONERO DENUNCIA GENERALITA' 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, che la Società ha il diritto di verificare e controllare in qualsiasi momento, insieme ad ogni altro documento probatorio.

R) DEROGA DENUNCIA ALTRE ASSICURAZIONI

In deroga a quanto disposto dalle C.G.A., il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le altre eventuali assicurazioni che i singoli Assicurati avessero in corso o stipulassero in proprio con altre Società.

S) ATTI DI TERRORISMO

A parziale deroga delle Condizioni di Assicurazione, 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 in cui l'Assicurato vi abbia partecipato in modo volontario.

E' definito atto di terrorismo, una qualsiasi azione violenta fatta col supporto dell'organizzazione di uno o più gruppi di persone (anche se realizzato da una persona singola) diretta ad influenzare

qualsiasi governo e/o terrorizzare l'intera popolazione o una parte importante di esse, allo scopo di raggiungere un fine politico o religioso o ideologico o etnico.

T) 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 risarcimento a titolo di invalidità permanente, la Compagnia rimborserà comunque le spese sostenute dall'Assicurato per le cure e per gli interventi, anche chirurgici effettuati allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico. La presente garanzie deve intendersi prestata sino alla concorrenza di Euro 5.200,00.

Art. 5 PROCEDURA SINISTRI

5.1 DENUNCIA DELL'INFORTUNIO E OBBLIGHI RELATIVI

In deroga a quanto disposto dall'Art. 1913 del Codice Civile, il Contraente/Assicurato, in caso di sinistro deve darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure direttamente alla Società entro 45 (quarantacinque) giorni da quando l'ufficio del Contraente/Assicurato stesso addetto alla gestione della specifica pratica ne è venuto a conoscenza.

La denuncia dell'infortunio indicherà luogo, giorno, ora e causa dell'evento e sarà corredata da certificato medico.

Il decorso delle lesioni dovrà essere documentato da ulteriori certificati medici.

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

5.2 LIQUIDAZIONE DELL'INDENNITA'

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquiderà l'indennità che risulti dovuta, ne darà comunicazione agli interessati e alla Contraente, avuta notizia della loro accettazione, provvederà al pagamento entro 60 giorni dalla sottoscrizione del modulo di liquidazione dalla Società.

Il diritto all'indennità per Invalidità Permanente è di carattere personale, quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato morisse, dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Società pagherà ai beneficiari l'importo liquidato od offerto.

Inoltre, 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 morisse, la Società corrisponderà ai beneficiari la differenza fra l'indennità pagata ed il capitale assicurato per il caso di Morte ove questa fosse superiore e non chiederà il rimborso nel caso contrario.

LA SOCIETA'

IL CONTRAENTE/ASSICURATO

Art. 6 SCHEMA OFFERTA ECONOMICA

CATEGORIA A – AMMINISTRATORE UNICO E SINDACI,

Numero Assicurati: 4

Premio annuo lordo pro-capite: € _____ = (in lettere)

Premio annuo lordo complessivo Categoria A: € _____ = (in lettere)

CATEGORIA B - DIRIGENTI

Retribuzioni preventivate: € 200.000,00=

Tasso annuo lordo: _____ pro-mille

Premio annuo lordo complessivo Categoria B: € _____ = (in lettere)

CATEGORIA C - CATEGORIA C - INFORTUNI MISSIONI DIPENDENTI E COLLABORATORI

Chilometri preventivati: 5.000

Tasso annuo lordo: _____ pro-mille

Premio annuo lordo complessivo Categoria C: € _____ = (in lettere)

CATEGORIA D - INFORTUNI CONDUCENTI VEICOLI DI PROPRIETÀ DELL'ENTE, DI PROPRIETÀ DI TERZI ED IN USO ESCLUSIVO ALL'ENTE, IN LOCAZIONE O COMODATO ALL'ENTE

Numero veicoli: 2

Premio annuo lordo pro-capite (per ciascun veicolo): € _____ = (in lettere)

Premio annuo lordo complessivo Categoria D: € _____ = (in lettere)

LA SOCIETA'

IL CONTRAENTE/ASSICURATO

**OBBLIGHI INERENTI LA TRACCIABILITÀ DEI FLUSSI FINANZIARI IN BASE
ALLA L.N. 136/2010**

La Società appaltatrice è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi di tracciabilità previsti dalla legge n. 136/2010.

b) Nel caso in cui la Società, nei rapporti nascenti con i propri eventuali subappaltatori, subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, abbia notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria di cui all'art. 3 della legge n. 136/2010 ne dà immediata comunicazione alla Stazione Appaltante ed alla Prefettura-ufficio territoriale del Governo della Provincia ove ha sede la Stazione appaltante.

c) L'Amministrazione può verificare, in occasione di ogni pagamento all'appaltatore e con interventi di controllo ulteriori, l'assolvimento da parte dello stesso, dei subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, agli obblighi relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari.

La Società s'impegna a fornire ogni documentazione atta a comprovare il rispetto, da parte propria nonché dei subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, degli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla legge n. 136/2010.

d) Secondo quanto previsto dall'art. 3 comma 9 bis della legge n. 136/2010, il mancato utilizzo del bonifico bancario o postale ovvero degli altri strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni, nelle transazioni finanziarie relative a pagamenti effettuati dagli appaltatori, subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, costituisce causa di risoluzione del contratto ai sensi dell'art. 1456 c.c.. La risoluzione si verifica quando la parte interessata dichiara all'altra che intende valersi della presente clausola risolutiva. La risoluzione, in base all'art. 1458 c.c., non si estende alle obbligazioni della Società derivanti da sinistri verificatisi antecedentemente alla risoluzione del contratto.

LA SOCIETA'

IL CONTRAENTE/ASSICURATO
