



CAPITOLATO SPECIALE DI APPALTO

**PROCEDURA APERTA
n. 09/14**

**CIG
Lotto 2 583572509E**

**SERVIZIO ASSICURATIVO
Categoria 6 CPV 66510000 - 8**

**POLIZZA INFORTUNI CUMULATIVA
Lotto 2**

SEZIONE 1 - DEFINIZIONI E DESCRIZIONE DELL'ATTIVITA'
Art. 1 - Definizioni

Assicurazione:	Il contratto di assicurazione
Polizza:	Il documento che prova l'assicurazione;
Contraente:	Il soggetto che stipula l'assicurazione riportato nel frontespizio della presente polizza.
Assicurato:	La persona fisica o giuridica il cui interesse è protetto dalla Assicurazione
Beneficiario:	In caso di morte gli eredi legittimi o testamentari, in tutti gli altri casi l'assicurato stesso.
Società:	L'impresa assicuratrice nonché le coassicuratrici;
Broker:	Marsh S.p.A. Via Cavour1, Torino - quale mandatario incaricato dal Contraente della gestione ed esecuzione del contratto, riconosciuto dalla Società.
Premio:	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
Rischio:	la probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.
Sinistro:	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
Indennizzo:	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Franchigia:	La parte di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.
Scoperto:	La parte percentuale di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.
Annualità assicurativa o periodo assicurativo:	Il periodo pari o inferiore a 12 mesi compreso tra la data di effetto e la data di scadenza o di cessazione dell'assicurazione.
Infortunio:	ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte e/o una invalidità permanente e/o una inabilità temporanea.
Invalidità permanente:	la diminuita capacità o la perdita definitiva ed irrimediabile della capacità generica ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato.
Inabilità temporanea:	la perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato di attendere alle attività professionali dichiarate
Istituto 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
Ricovero:	la degenza in Istituto di cura che comporti almeno un pernottamento.
Massimale per sinistro	la massima esposizione della Società per sinistro.

Art. 2 - Identificazione degli Assicurati

La presente polizza viene stipulata per tutte le categorie, riportate alla Sezione 6 della presente polizza, per le quali il Contraente ha l'obbligo od interesse ad attivare la copertura assicurativa e vale per gli infortuni subiti dagli Assicurati.

Per le categorie identificate come automaticamente coperte alla Sezione 6 non si farà luogo ad alcuna comunicazione da parte del Contraente ritenendosi gli Assicurati coperti fin dalla decorrenza della presente polizza.

SEZIONE 2 - NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

Art.1 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio - Variazioni del rischio

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

Nel caso in cui l'Assicurato non accetti le nuove condizioni, la Società, nei termini di 30 giorni dalla ricevuta comunicazione della variazione, ha diritto di recedere dal contratto, con preavviso di 60 giorni. Se la variazione implica diminuzione di rischio, il premio è ridotto in proporzione a partire dalla scadenza annuale successiva alla comunicazione fatta dall'Assicurato.

L'omissione della dichiarazione da parte dell'Assicurato e/o del Contraente di una circostanza aggravante del rischio, come le incomplete ed inesatte dichiarazioni all'atto della stipulazione della polizza e durante il corso della medesima, non pregiudicano il diritto al risarcimento dei danni, sempre che tali omissioni o inesatte dichiarazioni siano avvenute in buona fede.

Resta inteso che l'Assicurato avrà l'obbligo di corrispondere alla Società il maggior premio proporzionalmente al maggior rischio che ne deriva, con decorrenza dal momento in cui la circostanza aggravante si è verificata.

Art.2 – Altre Assicurazioni

In deroga al disposto dell'art. 1910 del Codice Civile, il Contraente e gli Assicurati sono esonerati dall'obbligo di comunicare alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio.

Art.3 – Pagamento del premio

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza, se il premio o la prima rata del premio sono corrisposti entro 60 giorni dalla data stessa; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno di pagamento.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio 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.).

Ai sensi dell'art. 48 bis del DPR 602/1973 la Società da atto che :

- l'Assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuata dal Contraente ai sensi del Decreto Ministero economie e Finanze del 18 gennaio 2008 n° 40, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'art. 3 del Decreto,;
- il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'art. 72 bis del DPR 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 c.c. nei confronti della Società stessa."

Art.4 – Modifiche dell'assicurazione

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

Art. 5 – Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società può recedere dall'assicurazione con preavviso di 90 giorni. In tal caso essa, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto delle imposte, relativa al periodo di rischio non corso.

Art. 6 - Obblighi della Società nella gestione dei sinistri

La Società alle scadenze semestrali, si impegna a fornire al Contraente il dettaglio dei sinistri così suddiviso:

- a) sinistri denunciati;
- b) sinistri riservati (con indicazione dell'importo riservato per ogni sinistro);
- c) sinistri liquidati (con indicazione dell'importo liquidato per ogni sinistro);
- d) sinistri senza seguito;
- e) sinistri respinti.

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

Art. 7 – Durata e proroga dell'assicurazione

Il contratto ha la durata indicata in frontespizio e cesserà irrevocabilmente alla scadenza del detto periodo. Tuttavia alle parti è concessa la facoltà di rescindere il contratto ad ogni scadenza annuale con lettera raccomandata da inviarsi due mesi prima della suddetta scadenza

E' inoltre facoltà del Contraente richiedere alla Società una proroga temporanea della presente assicurazione, finalizzata all'espletamento od al completamento delle procedure di aggiudicazione della nuova assicurazione, la



Società, a fronte della corresponsione del relativo rateo di premio, si impegna sin d'ora a prorogare in tal caso l'assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche per un periodo di 180 giorni decorrenti dalla scadenza.

Al contraente è riservata la facoltà di affidare alla Società servizi analoghi ex art. 57 comma 5 D Lgs. 163/06 s.m.i. per una durata massima di 2 anni.

Art.8 – Obblighi del Contraente in caso di sinistro

In deroga a quanto disposto dall'art. 1913 del Codice Civile, il Contraente, in caso di sinistro, deve darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro 30 giorni lavorativi da quando l'Ufficio competente del Contraente stesso ne ha avuto conoscenza.

Art. 9 – Oneri Fiscali

Tutti gli oneri, presenti e futuri, relativi al premio, agli indennizzi, alla polizza ed agli atti da essa dipendenti, sono a carico del Contraente anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

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

Art. 10 – Foro competente

Per la soluzione di ogni controversia dipendente da questo contratto, le Parti eleggono come foro competente quello di Asti in via esclusiva.

Art. 11 – Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge nazionali e comunitarie in materia.

Art. 12 - Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni del Contraente e dell'Assicurato possono essere fatte a mezzo raccomandata, raccomandata a mano, telex, telegramma, telefax o altro mezzo idoneo atto a comprovare la data ed il contenuto.

Art. 13 - Interpretazione del contratto

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

Art. 14 - Coassicurazione - Riparto e delega

Nel caso di coassicurazione il rischio è ripartito per quote tra le Società espressamente indicate nel riparto del premio; ciascuna di esse è tenuta alla prestazione in proporzione della rispettiva quota, quale risulta dal contratto, esclusa ogni responsabilità solidale.

L'Assicurato ha affidato la gestione del presente contratto alla Marsh S.p.A. e le imprese assicuratrici hanno convenuto di affidarne la delega alla; di conseguenza, tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti per conto dell'Assicurato dalla Marsh S.p.A. la quale tratterà con l'impresa Delegataria informandone le Coassicuratrici.

Queste ultime saranno tenute a riconoscere come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutte le comunicazioni, gli atti di gestione nonché ogni modificazione del contratto compiuti dalla Delegataria per conto comune.

Art. 15 - Clausola Broker

Il Contraente dichiara di aver affidato la gestione della presente polizza alla società di brokeraggio assicurativo Marsh S.p.A. in qualità di broker ai sensi dell'art. 109 lett. b), D. Lgs. 209/2005.

La Società riconosce, pertanto, che ogni comunicazione relativa alla presente assicurazione avverrà per il tramite del Broker e tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti per conto dell'Assicurato dalla Marsh S.p.A.

Art. 16 – Validità esclusiva delle norme dattiloscritte

Si intendono operanti solo le norme dattiloscritte. La firma apposta dalla Contraente su moduli a stampa forniti dalla Società vale solo quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio tra le Società partecipanti alla coassicurazione.

Art. 17 - Informazioni inerenti gli intermediari

Le Imprese aggiudicatarie hanno facoltà di avvalersi per l'amministrazione dei contratti di intermediari (art. 109 comma 2 lettera a) del Codice delle Assicurazioni) appartenenti alla propria rete distributiva in conformità alle

rispettive modalità di organizzazione territoriale.

La Contraente si avvale di Marsh, sede di Torino in qualità di Broker incaricato per l'assistenza nella stipulazione, gestione ed esecuzione dei contratti, inclusa ogni connessa attività amministrativa.

La remunerazione del broker è posta a carico dell'Impresa aggiudicataria del contratto, nella misura del 10%. Tale remunerazione è parte dell'aliquota riconosciuta dall'impresa di Assicurazione alla propria rete di vendita e non potrà quindi, in ogni caso, rappresentare un costo aggiuntivo per l'Amministrazione Aggiudicatrice.

Qualora l'Impresa aggiudicataria, intenda affidare, ai sensi del primo comma del presente articolo, l'amministrazione dei contratti ad un'agenzia in appalto, non di meno garantirà il rispetto delle modalità e termini di rimessa premi previsti, convenuti o comunque riconosciuti dalle procedure amministrative vigenti in caso di gestione diretta o tramite gerenza, al fine di garantire l'adeguato collegamento tra le parti, per il tramite del broker.

Art 18 – Regolazione del premio

Nel caso in cui il premio fosse convenuto in tutto o in parte sulla base degli elementi variabili, esso verrà anticipato in via provvisoria e sarà regolato alla fine di ogni annualità secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio.

A tale scopo, entro 90 giorni dalla fine di ogni periodo assicurativo la Contraente dovrà fornire per iscritto alla Compagnia i dati necessari.

Le differenze attive o passive risultanti dalla regolazione dovranno essere pagate entro 60 giorni successivi alla relativa comunicazione.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti o il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società deve fissargli mediante formale atto di messa in mora un ulteriore termine non inferiore a trenta giorni, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo annuo per il quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva e la garanzia resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio nei termini e con le modalità sopra indicate, la Società fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione. La Società ha diritto di effettuare verifiche e controlli, per i quali il Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie.

SEZIONE 3 - RISCHI COPERTI

Art.1 – Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio delle attività dichiarate dal Contraente, compreso il rischio in itinere che abbiano per conseguenza la morte o un'invalità permanente.

L'assicurazione vale altresì per le garanzie di cui ai seguenti artt. 2, 3, 4, 5, 6 e 7 della presente Sezione purché richiamate per le singole categorie di Assicurati alla Sezione 6.

Si ritengono invece automaticamente prestate per tutti gli Assicurati le garanzie di cui ai seguenti artt. 8, 9 e 10, 11, 12 della presente Sezione.

Sono compresi in garanzia anche:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti o le intossicazioni conseguenti ad ingestione od assorbimento di sostanze;
- contatto con corrosivi;
- le affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi;
- l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento;
- la folgorazione;
- i colpi di sole o di calore o di freddo;
- le lesioni (esclusi gli infarti) determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico;
- gli infortuni derivanti da aggressioni in genere;
- gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismi, attentati, sequestri, rapine, azioni di dirottamento o di pirateria a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- gli infortuni derivanti da malore ed incoscienza;
- gli infortuni derivanti da imprudenza, imperizia 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 in caso di guida sia in possesso, ove prescritto, di regolare patente di abilitazione alla guida medesima;
- gli infortuni causati da forze della natura compresi terremoto, maremoto, eruzione vulcanica, alluvioni, inondazioni, frane, smottamenti, valanghe, slavine;
- 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;
- ernie addominali da sforzo e strappi muscolari derivanti da sforzo;
- ernie traumatiche.

Art. 2 – Rimborso spese mediche e farmaceutiche

La Società garantisce, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza e fino alla concorrenza del massimale espresso per la singola categoria nell'apposita scheda della Sezione 6, il rimborso degli onorari dei medici e dei chirurghi, delle rette di degenza in ospedali e case di cura, delle spese per accertamenti diagnostici, esami di laboratorio e terapie fisiche, nonché delle spese farmaceutiche rese necessarie a seguito dell'infortunio.

Art. 3 – Diaria per ricovero

La Società corrisponde, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza, l'indennità giornaliera indicata scheda della Sezione 6 fino al limite ivi stabilito, per ogni giorno di degenza, effettuato in Istituti di Cura pubblici, accreditati o privati in Italia o all'estero. Al fine del computo dei giorni di degenza, il giorno di entrata e quello di uscita sono computati come un singolo giorno.

Art. 4 – Diaria per inabilità temporanea

La Società corrisponde, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza che comporti una inabilità dell'Assicurato ad attendere le sue occupazioni professionali o abituali, l'indennità giornaliera indicata nella scheda della Sezione 6 fino al limite ivi stabilito per ogni giorno di inabilità.

Art. 5 – Spese di trasporto a carattere sanitario

La Società rimborsa, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza i costi eventualmente sostenuti per il trasporto dal luogo dell'infortunio ad un Istituto di Cura attrezzato, il trasporto tra Istituti di Cura e dall'Istituto di Cura al domicilio dell'Assicurato a mezzo autoambulanza. Il rimborso avverrà nei limiti del massimale indicato nell'apposita scheda della Sezione 6 e verrà limitato ad un massimo di due viaggi.

Art. 6 – Rientro sanitario

La garanzia è estesa al rimborso, fino al limite di € 2.500,00 delle spese sostenute dall'Assicurato in caso di infortunio che lo colpiscano nel corso di una missione o viaggio disposto dal Contraente e che rendano necessario il suo trasporto con qualsiasi mezzo ritenuto idoneo in ospedale attrezzato in Italia.

Art. 7 – Rimpatrio salma (valido in Italia e all'Estero)

La garanzia è estesa al rimborso delle spese sostenute per il rimpatrio della salma dell'Assicurato, in caso di decesso a seguito di infortunio o malattia che lo colpiscano nel corso di una missione o viaggio disposto dal Contraente, fino al luogo di sepoltura e ciò fino alla concorrenza di € 5.500,00

Art. 8 – danni estetici

Si conviene che in caso di infortunio non escluso dalle Condizioni della presente polizza, che produca conseguenze di carattere estetico al viso, 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 € 6.000,00 per evento.

Art. 9 – Rischio aeronautico

L'assicurazione comprende gli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei effettuati in qualità di passeggero di velivoli ed elicotteri eserciti da società di traffico regolare o noleggiati dall'Ente, esclusivamente durante il trasporto di passeggeri, ed è prestata per le somme corrispondenti a quelle assicurate con la presente polizza e per rischi da essa previsti. Restano in ogni caso esclusi i voli effettuati su velivoli ed elicotteri eserciti da aeroclubs.

Il cumulo delle somme assicurate, con questa garanzia o con altre assicurazioni, da chiunque stipulate a favore degli stessi Assicurati per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni, non potrà superare le somme

assicurate:

- € 1.500.000,00 per il caso di invalidità permanente
- € 1.500.000,00 per il caso morte
- € 300,00 al giorno per il caso di inabilità temporanea

per persona e di:

- € 5.000.000,00 per il caso di invalidità permanente
- € 5.000.000,00 per il caso di morte
- € 500,00 al giorno per il caso di inabilità temporanea

complessivamente per aeromobile.

In detta limitazione per aeromobile rientrano i capitali riferentesi ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze infortuni, unicamente se stipulate dallo stesso Contraente.

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

Art. 10 – Servizio militare

Per quanto riguarda il personale alle dirette dipendenze dell'Ente, durante il servizio militare di leva, il servizio sostitutivo, l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale l'assicurazione resta valida ma non comprende gli infortuni subiti durante le attività militari così come definite in precedenza.

L'assicurazione è invece operante nei confronti di coloro che esplicano il servizio sostitutivo di quello militare di leva quali addetti ai corpi di polizia municipale, nonché quali obiettori di coscienza.

Art. 11 – Rischio guerra

A parziale deroga del disposto dell'Art.1 Sezione 4, la garanzia viene estesa agli infortuni avvenuti all'estero (escluso comunque il territorio della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino) derivanti da stato di guerra civile, guerra, invasione, atti nemici, ostilità (sia che la guerra sia dichiarata e no), 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. 12 – Indennità aggiuntiva per grandi invalidità

Nel caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza che comporti una invalidità permanente parziale di grado superiore al 66% la Società corrisponderà annualmente una ulteriore indennità pari a Euro 10.000,00 per un periodo massimo di cinque annualità. L'indennità aggiuntiva sarà messa a disposizione dell'Assicurato in un'unica soluzione annua periodica, a distanza di 1,2,3,4,5 anni dal giorno della liquidazione definitiva del sinistro infortuni. L'indennità sarà corrisposta esclusivamente all'Assicurato in vita e non sarà trasmissibile quindi agli eredi legittimi o ai beneficiari designati nel contratto.

SEZIONE 4 - ESCLUSIONI

Art. 1 – Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni occorsi:

1. in occasione di eventi direttamente connessi allo stato di guerra dichiarata o non dichiarata;
2. durante la guida e l'uso di mezzi di locomozione aerea e la guida di mezzi subacquei, salvo quanto previsto all'art. 10, Sezione 3;
3. in conseguenza di dolo o di azioni delittuose dell'Assicurato;
4. sotto influenza di stupefacenti, psicofarmaci ed allucinogeni assunti volontariamente fatto salvo se dietro prescrizione medica;
5. da stato di ubriachezza alla guida di veicoli o natanti a motore in genere;
6. in conseguenza diretta od indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche.

Art. 2 – Persone escluse dall'assicurazione o non assicurabili

Non sono coperte dalla presente polizza :

1. fatto salvo patto speciale, le persone di età superiore a 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;
2. 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, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS). L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi. Tuttavia, laddove l'assicurazione sia prestata sulla base di disposizione di legge o di contratti collettivi nazionali di lavoro la presente esclusione non troverà applicazione.

SEZIONE 5 - GESTIONE DEI SINISTRI

Art. 1 – Denuncia del sinistro e relativi obblighi

La denuncia dell'infortunio dovrà contenere l'indicazione del luogo, del giorno e dell'ora dell'evento, nonché le cause che lo hanno determinato, dovrà essere corredata di certificato medico.

Avvenuto l'infortunio, l'Assicurato deve ricorrere alle cure di un medico e seguirne le prescrizioni.

Successivamente l'Assicurato deve inviare, periodicamente e sino a guarigione avvenuta, certificati medici sul decorso delle lesioni, nonché le fatture, notule e ogni altro documento comprovante le spese mediche o farmaceutiche sostenute e rimborsabili.

Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, dovrà essere dato immediatamente avviso alla Società a mezzo telefax e/o telegramma.

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

Art. 2 – Criteri di indennizzabilità

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

Parimenti, nei casi di preesistente mutilazione o difetto fisico, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti.

a) MORTE

L'indennizzo per il caso di morte è dovuto se la morte stessa si verifica - anche 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 l'invalidità permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, i beneficiari, o in difetto di designazione, gli eredi, dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso ed hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per morte - se superiore - e quello già pagato per invalidità permanente.

b) 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.

c) INVALIDITA' PERMANENTE

a) Invalidità Permanente Assoluta

Se ad un infortunato in conseguenza di un infortunio verrà riconosciuta un'invalidità permanente e questa si verificherà - anche successivamente alla scadenza di polizza - ma comunque entro 2 anni dal giorno nel quale

l'infortunio è avvenuto, la Società liquiderà per tale titolo e solo in questo caso un'indennità calcolata sulla somma assicurata al momento dell'infortunio per l'invalidità permanente, come segue:

si considera invalidità permanente assoluta unicamente la perdita totale, definitiva ed irrimediabile dei due occhi o di tutte e due le braccia o le mani, di tutte e due le gambe o di ambo i piedi, la perdita contemporanea di un arto superiore e di uno inferiore, come pure lo stato d'insanabile alienazione mentale che renda l'Assicurato incapace di accudire, per tutta la sua vita, a qualunque lavoro od occupazione. Quando sia provato che l'infortunio ha causato l'invalidità permanente assoluta, la Società corrisponde all'Assicurato l'intera somma prevista per questo caso.

b) Invalidità Permanente Parziale

Si considera invalidità permanente parziale la diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità dell'Assicurato ad un proficuo lavoro per tutta la durata della sua vita. Quando sia provata l'invalidità permanente parziale, la Società liquida l'infortunio (per ogni arto od organo già integro e sano) in base alle seguenti percentuali della somma assicurata per il caso di invalidità permanente, indipendentemente dall'attività professionale dell'Assicurato:

	destra	sinistra
- per la perdita totale di un arto superiore	70%	60%
- per la perdita della mano o dell'avambraccio	60%	50%
- per la perdita di un arto inferiore al di sopra del ginocchio	60%	60%
- per la perdita di un arto inferiore all'altezza o al di sotto del ginocchio	50%	50%
- per la perdita di un piede	40%	40%
- per la perdita del pollice	18%	16%
- per la perdita dell'indice	14%	12%
- per la perdita del mignolo	12%	10%
- per la perdita del medio	8%	6%
- per la perdita dell'anulare	8%	6%
- per la perdita di un alluce		5%
- per la perdita di ogni altro dito del piede		3%
- per la sordità completa di un orecchio		10%
- per la sordità completa di ambedue le orecchie		40%
- per la perdita totale della facoltà visiva di un occhio		25%

La perdita assoluta ed irrimediabile dell'uso funzionale di un arto o di un organo viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.

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

Per le falangi terminali delle dita, escluso il pollice, si considera invalidità permanente soltanto l'asportazione totale. L'indennità per la perdita funzionale od anatomica di una falange del pollice o dell'alluce è stabilita nella metà mentre per quella di una falange di qualunque altro dito in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito.

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

- se l'ernia è operabile: fino a trenta giorni d'indennità per inabilità temporanea, se tale indennità è contemplata in polizza;
- se non risulta operabile: indennità fino al 10% della somma assicurata per il caso d'invalidità permanente.

Questi massimi valgono anche se l'ernia è bilaterale.

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.

In tutti gli altri casi la valutazione del grado di Invalidità Permanente sarà effettuata facendo riferimento alla Tabella allegata al D.P.R. del 30.06.1965 n.1124 (Settore Industria) con rinuncia alle franchigie relative stabilite, nonché alle successive eventuali modificazioni, con l'intesa che le percentuali indicate nella Tabella anzidetta vengano riferite ai capitali assicurati per il caso di invalidità permanente.

La Società prende atto che se l'Assicurato risulta mancino il grado di invalidità per il lato destro sarà applicato al sinistro e viceversa.

Nel caso in cui l'Assicurato subisca un infortunio ad un arto superiore o ad una mano o ad un avambraccio e risultasse che questi erano gli unici perfettamente integri o tali che venissero usati come "destri" si dovrà tenere conto di ciò anche nella valutazione del grado di invalidità permanente.

d) DIARIE

Qualora sia provato che l'infortunio ha causato l'inabilità temporanea o il ricovero, la Società con riferimento alla natura ed alla conseguenza delle lesioni riportate dall'Assicurato, liquida l'indennità giornaliera, se prevista per la categoria, integralmente.

L'indennità cessa con il giorno dell'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 viene corrisposta per il periodo massimo previsto alla Sezione 6 della presente polizza.

Le diarie non sono cumulabili tra loro. In caso indennizzabilità per più diarie, è data facoltà all'Assicurato, di scegliere la liquidazione di quella avente durata o importo liquidabile maggiore.

e) SPESE MEDICHE

La Società, in caso d'infortunio rientrante nella garanzia prestata, anche se non determinante la morte o l'invalidità permanente, rimborsa all'Assicurato, fino alla concorrenza dell'importo convenuto con il massimo di quanto stabilito alla Sezione 6, le spese sostenute.

Le spese verranno liquidate a presentazione di fatture, notule, ecc.. La liquidazione potrà avvenire anche se non si è verificata la completa guarigione dell'Assicurato.

Art. 3 – Controversie

In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità dell'infortunio nonché sulla misura dei rimborsi o sulla liquidabilità delle indennità, le Parti si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere se ed in quale misura siano dovuti i rimborsi e le indennità a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un collegio di tre medici, 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 medico. Il collegio medico risiede ove ha sede l'Assicurato/Contraente.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunererà il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle 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 obbligatorie per le parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale.

Art. 4 – Liquidazione dell'indennità

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquiderà l'indennità che risulti dovuta, ne darà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvederà al pagamento.

L'indennità viene corrisposta in Italia in Euro.

Art. 5 - Rinuncia all'azione di surroga

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto all'azione di surroga che potesse competere per l'art.1916 C.C. verso i responsabili dell'infortunio.

SEZIONE 6 – CATEGORIE ASSICURATE - SOMME ASSICURATE, E CALCOLO DEL PREMIO

Art. 1 – Somme assicurate, franchigie e scoperti

L'assicurazione è prestata alle condizioni tutte della presente polizza per le persone appartenenti alle categorie qui di seguito evidenziate, e per le garanzie e massimali specifici della singola categoria.

Art. 1.1 - Amministratori

L'Assicurazione è prestata contro gli infortuni subiti da Presidente, componenti del Consiglio di Amministrazione, Segretario del Consiglio. La garanzia viene prestata durante lo svolgimento di qualsiasi incarico per conto della Contraente, compresi i rischi della circolazione stradale, rischio in itinere, sopralluoghi e comunque nello svolgimento di ogni altra mansione inerente al mandato istituzionale ricoperto, nonché per le mansioni svolte in rappresentanza del Contraente stesso, in altri Organi collegiali.

Garanzia	Massimale
Caso Morte	€ 300.000,00
Caso Invalidità Permanente	€ 300.000,00
Diaria per inabilità temporanea al giorno (max 180 gg per sinistro)	€ 55,00
Diaria per ricovero al giorno (max 360 gg per sinistro)	€ 125,00
Spese di trasporto a carattere sanitario	€ 1.000,00
Rimpatrio salma	€ 5.500,00

Rientro sanitario	€ 2.500,00
Spese mediche e farmaceutiche	€ 10.000,00

Art.1.2 - Dipendenti

L'assicurazione è prestata contro gli infortuni subiti da tutti i Dipendenti della Contraente (esclusi i Dirigenti). La garanzia vale per i rischi professionali nell'esercizio della propria attività, comprese le missioni, le mansioni svolte anche all'esterno in rappresentanza della Società, i relativi rischi di circolazione, compreso il rischio in itinere.

Garanzia	Massimale
Caso Morte	3 volte la RAL con il max di € 210.000,00
Caso Invalidità Permanente	4 volte la RAL con il max di € 310.000,00
Diaria per ricovero al giorno (max 360 gg per sinistro)	€ 125,00
Rimpatrio salma	€ 5.500,00
Spese di trasporto a carattere sanitario	€ 1.000,00
Rientro sanitario	€ 2.500,00
Spese mediche e farmaceutiche	€ 10.000,00

Art.1.3 - Dirigenti

L'assicurazione è prestata contro gli infortuni subiti da tutti i Dipendenti della Contraente con la qualifica di Dirigente a causa o in occasione:

- delle attività professionali principali e secondarie;
- di ogni altra attività che l'Assicurato svolga senza carattere di professionalità

Garanzia	Massimale
Caso Morte	5 volte la RAL con il max di € 1.000.000,00
Caso Invalidità Permanente	6 volte la RAL con il max di € 1.000.000,00
Diaria per ricovero al giorno (max 360 gg per sinistro)	€ 125,00
Rimpatrio salma	€ 5.500,00
Spese di trasporto a carattere sanitario	€ 1.000,00
Rientro sanitario	€ 2.500,00
Spese mediche e farmaceutiche	€ 10.000,00

Art. 2 - Calcolo del premio e modalità di applicazione della regolazione

Il Contraente versa, a titolo di deposito premio convenuto, l'importo riportato nella seguente tabella "scomposizione del premio" rappresentante il totale degli importi per singola categoria calcolati sulla base dei tassi e premi sottoriportati.

Al termine di ogni annualità la Società calcola il premio dovuto sulla base delle variazioni comunicate dalla Contraente in sede di regolazione, il cui pagamento verrà effettuato ai sensi dell'art. 18 Sezione 2 - Regolazione Premio della presente polizza.

Essendo l'assicurazione prestata in forma non nominativa in base al numero degli assicurati ed altri elementi variabili riportati per ogni categoria all'art.1 della presente Sezione la regolazione del premio sarà effettuata in base agli elementi variabili di polizza presi a base per la determinazione del premio. Non vi è obbligo per la Contraente di comunicare in corso di periodo assicurativo le variazioni di numero di persone.

Categoria	Tipo dato variabile	Montante dato variabile	Premio lordo pro-capite o tasso lordo applicato	Totale
Art.1.1 Amministratori	Numero assicurati	3		
Art.1.2 Dipendenti	RAL	€ 3.300.000,00		



CAPITOLATO SPECIALE DI APPALTO

PROCEDURA APERTA
n. 09/14

CIG
Lotto 2 583572509E

1.3 Dirigenti	RAL	€ 150.000,00		
---------------	-----	--------------	--	--

Obblighi inerenti la tracciabilità dei flussi finanziari in base alla L.n. 136/2010

- a) 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.



CAPITOLATO SPECIALE DI APPALTO

PROCEDURA APERTA
n. 09/14

CIG
Lotto 2 583572509E

Scheda di Offerta Economica Assicurazione Infortuni

La Società.....

offre la copertura assicurativa al prezzo annuo complessivo di €.....

(Euro) al netto di imposte conteggiato come segue:

Categoria	Tipo dato variabile	Montante dato variabile	Premio imponibile pro-capite o tasso imponibile applicato	Totale
Art.1.1 Amministratori	Numero assicurati	3		
Art.1.2 Dipendenti	RAL	€ 3.300.000,00		
1.3 Dirigenti	RAL	€ 150.000,00		

Quota di ritenzione:
Delegataria/Mandataria
Coassicuratrice/Mandante

Sottoscrizione del legale rappresentante o del procuratore



CAPITOLATO SPECIALE DI APPALTO

**PROCEDURA APERTA
n. 09/14**

**CIG
Lotto 2 583572509E**

**SITUAZIONE SINISTRI
PERIODO ultimi 5 anni**

NESSUN SINISTRO