

**CAPITOLATO SPECIALE / POLIZZA DI
ASSICURAZIONE**

INFORTUNI CUMULATIVA

N. _____

STIPULATA TRA



città di
Avigliano
provincia di Potenza

E

La Compagnia Assicuratrice _____

Agenzia di _____

Durata del contratto

Durata del contratto	dalle ore 24:00 del alle ore 24:00 del	31.01.2026 31.01.2029
rateazione	semestrale	

SOMMARIO

SEZIONE 1 - DEFINIZIONI ED OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	4
Art. 1.1 – Definizioni relative al contratto in generale	4
Art. 1.2 – Definizioni relative all'assicurazione Infortuni	4
Art. 1.3 – Soggetti assicurati.....	5
Art. 1.4 – Precisazioni	5
SEZIONE 2 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE.....	7
Art. 2.1 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio	Errore. Il segnalibro non è definito.
Art. 2.2 – Aggravamento del rischio	Errore. Il segnalibro non è definito.
Art. 2.3 – Diminuzione del rischio.....	Errore. Il segnalibro non è definito.
Art. 2.4 – Decorrenza della garanzia - Pagamento del premio	7
Art. 2.5 – Assicurazione presso diversi assicuratori	8
Art. 2.6 – Durata dell'assicurazione	8
Art. 2.7 – Facoltà di recesso in caso di sinistro	9
Art. 2.8 – Cessazione anticipata del contratto	9
Art. 2.9 – Regolazione del premio (ove convenuta)	9
Art. 2.10 – Oneri fiscali.....	9
Art. 2.11 - Partecipazione in coassicurazione	10
Art. 2.11 bis – Partecipazione in RTI.....	10
Art. 2.12 – Forma delle comunicazioni	10
Art. 2.13 – Gestione del contratto.....	10
Art. 2.14 – Rinvio alle norme di legge – Foro competente	10
Art. 2.15 – Trattamento dati	10
Art. 2.16 – Tracciabilità flussi finanziari	11
Art. 2.17 – Interpretazione del contratto	11
Art. 2.18 – Disciplina dell'appalto	11
Art. 2.19 – Legittimazione	11
SEZIONE 3 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI CUMULATIVA	12
Art. 3.1 – Rischi inclusi nell'assicurazione	12
Art. 3.2 – Estensioni di garanzia	12
3.2.1 - Spese di trasporto a carattere sanitario	12
3.2.2 - Rientro sanitario	12
3.2.3 - Rimpatrio salma (valido in Italia e all'Estero)	13
3.2.4 - Danni estetici	13
3.2.5 - Esposizione agli elementi.....	13
3.2.6 - Rischio volo	13
3.2.6 - Servizio sostitutivo militare	13
3.2.7 - Rischio guerra.....	13
3.2.8 - Malattie contratte in servizio e per cause di servizio	13
3.2.9 - Responsabilità del contraente.....	14
3.2.10 - Commorienza.....	14
3.2.11 - Ernie traumatiche e da sforzo.....	14
3.2.12 - Rapina, tentata rapina, sequestro di persona.....	14
Art. 3.3 – Delimitazione della garanzia - Esclusioni.....	14
Art. 3.4 – Persone non assicurabili	14
Art. 3.5 – Sanzioni e restrizioni internazionali.....	15
Art. 3.6 – Limiti territoriali.....	15
Art. 3.7 – Determinazione del danno - Criteri di indennizzo	15
3.7.1 - Morte	15
3.7.2 - Morte Presunta.....	15
3.7.3 - Invalidità Permanente	15
3.7.4 - Spese di cura	16
3.7.5 - Diaria per Inabilità Temporanea, Ricovero, Gessatura	16
Art. 3.8 - Rinuncia alla rivalsa.....	16
SEZIONE 4 - NORME CHE REGOLANO LA GESTIONE SINISTRI	17
Art. 4.1 – Denuncia dell'infortunio ed obblighi relativi.....	17
Art. 4.2 - Controversie	17
Art. 4.3 – Informazioni sui sinistri	17

SEZIONE 5 – CATEGORIE E SOMME ASSICURATE, FRANCHIGIE E CALCOLO DEL PREMIO	19
Art. 5.1 – Categorie e somme assicurate (pro-capite).....	19
Art. 5.2 - Calcolo del premio	Errore. Il segnalibro non è definito.
Art. 5.3 – Riparto di coassicurazione	19
Art. 5.4 – Disposizione finale	20

C380

SEZIONE 1 - DEFINIZIONI ED OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Art. 1.1 – Definizioni relative al contratto in generale

Contraente / Ente / Comune / Amministrazione	Il Comune di Avigliano (PZ) che stipula l'assicurazione nell'interesse proprio e di tutti i soggetti per i quali ha l'obbligo o la facoltà di erogare le prestazioni oggetto del presente Capitolato di polizza.
Assicurato	Il soggetto nell'interesse del quale è prestata garanzia.
Società	La Compagnia Assicuratrice o il gruppo di Compagnie che prestano l'assicurazione. In caso di coassicurazione / RTI: Società delegataria: La Compagnia assicuratrice incaricata dalle Società coassicuratrici / mandanti di intrattenere ogni rapporto gestionale con il Contraente.
Broker	La società Consulbrokers Spa incaricata della predisposizione del Capitolato Speciale e della assistenza e consulenza nelle fasi di gara nonché della assistenza e consulenza nella esecuzione e gestione delle conseguenti obbligazioni contrattuali (gestione amministrativa e tecnica) per tutta la durata della polizza, sino alla scadenza, compreso rinnovi, riforme o sostituzioni della stessa polizza.
Assicurazione	il Contratto di Assicurazione - Le garanzie prestate col contratto di assicurazione.
Polizza	Il documento contrattuale che prova l'Assicurazione.
Capitolato Speciale / Capitolato Tecnico (CSA)	Il complesso delle norme, rappresentate in polizza, che regolano il rapporto contrattuale.
Garanzia	La copertura dei rischi prestata dal contratto assicurativo.
Indennizzo / Indennità / Risarcimento	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Somme assicurate	Le somme massime che la Società è obbligata contrattualmente a pagare in caso di sinistro.
Periodo assicurativo / Annualità assicurativa	Il periodo pari o inferiore a 12 mesi compreso tra la data di effetto e la data di scadenza o di cessazione dell'assicurazione.
Premio	La somma, comprensiva di imposte, dovuta dal Contraente alla Società.
Rischio	La probabilità che si verifichi il sinistro.
Sinistro	L'evento per il quale è prestata l'assicurazione e dal quale è derivato il danno.
Franchigia	L'importo che, determinato a termini di polizza per ciascun sinistro, viene detratto dall'ammontare del danno e rimane a carico dell'Assicurato.
Scoperto	La percentuale di danno convenuta a carico del Contraente e determinata a termini di polizza per ciascun sinistro

Art. 1.2 – Definizioni relative all'assicurazione Infortuni

Infortunio	Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, un'invalidità permanente o un'inabilità temporanea.
Beneficiario	La persona fisica o giuridica alla quale la Società deve liquidare l'indennizzo in caso di infortunio mortale dell'Assicurato
Invalidità permanente	Perdita o diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione svolta.

Inabilità temporanea	Temporanea incapacità ad attendere alle occupazioni professionali dichiarate.
Ricovero	Permanenza in struttura sanitaria / istituto di cura con pernottamento o in day hospital / day surgery.
Rischio in itinere	La probabilità che il sinistro si verifichi durante il tragitto dalla dimora, anche occasionale, al luogo di lavoro e viceversa; nonché durante il tragitto da e verso altre sedi dove viene svolta l'attività, purché questi infortuni avvengano durante il compimento del percorso necessario con gli ordinari mezzi di locomozione, sia pubblici che privati.
Struttura Sanitaria / Istituto di cura	Policlinico universitario, ospedale, clinica o casa di cura convenzionata o privata, istituto scientifico, istituto di ricerca e cura, poliambulatori medici, centri diagnostici in Italia e all'estero regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti autorità, al ricovero e/o all'assistenza sanitaria in regime di degenza diurna (day hospital / day surgery) e notturna. Sono comunque esclusi gli stabilimenti termali, le strutture con finalità prevalentemente dietologiche, fisioterapiche, le case di convalescenza e soggiorno, i centri del benessere.

Art. 1.3 – Soggetti assicurati

L'assicurazione vale per gli infortuni, così come definiti all'art. 1.2 della presente polizza, occorsi ai seguenti gruppi di persone assicurate, alle condizioni tutte della presente polizza e nei limiti di cui alla successiva Sezione 5.:

1.3.A - Personale in missione

L'assicurazione si intende prestata anche in ottemperanza agli obblighi di legge derivanti al Contraente di garantire i propri dipendenti ed altro personale anche non dipendente, durante:

- * adempimento di servizio
- * espletamento del mandato o incarico amministrativo
- * missioni, attività lavorativa o professionale prestata in nome e per conto del Contraente fuori dall'ufficio o sede di lavoro,

qualora sia autorizzato l'utilizzo del “proprio veicolo”¹, limitatamente al tempo strettamente necessario per l'esecuzione delle prestazioni di servizio, sempreché sia intervenuta idonea e formale autorizzazione a cui corrisponda registrazione delle relative percorrenze chilometriche.

L'assicurazione si intende prestata inoltre alle persone di cui sia stato autorizzato il trasporto.

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

1.3.B - Amministratori

L'assicurazione si intende prestata a favore degli amministratori (Sindaco, Assessori, Consiglieri) per gli infortuni che subiscano durante lo svolgimento del loro mandato e/o delle attività svolte per conto dell'Amministrazione (compresi trasferimenti, missioni, ecc.) ed è estesa al cosiddetto “rischio in itinere” e cioè agli infortuni occorsi durante il percorso, anche con qualsiasi mezzo, da e per l'abitazione di ciascuno di essi.

Nel caso di utilizzo del “proprio veicolo”, per attività autorizzate in relazione allo svolgimento del mandato, l'assicurazione si intende prestata inoltre alle persone di cui sia stato autorizzato il trasporto.

Art. 1.4 – Precisazioni

Si conviene tra le parti espressamente che:

1.4.1 Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità degli assicurati.

Per l'identificazione di tali persone e della loro effettivo mandato/funzione/carica, si farà riferimento alle evidenze ed alle registrazioni del Contraente. Tali registri od altri documenti equipollenti dovranno essere tenuti dal Contraente costantemente aggiornati e messi a disposizione, in qualsiasi momento, del personale incaricato dalla Società di effettuare accertamenti e controlli.

1.4.2 Nel caso in cui un assicurato sia compreso in più categorie, in caso di sinistro si intendono operanti le garanzie più favorevoli.

1.4.3 L'assicurazione vale altresì nel caso di temporanea utilizzazione, da parte del Contraente, dell'Assicurato in mansioni diverse da quelle dichiarate in polizza. In tal caso l'assicurazione sarà ugualmente operante purché tali mansioni rientrino nella normale attività del Contraente.

Gli Assicurati possono quindi svolgere attività di tirocinio di tipo manuale, sempre sotto la supervisione dei tutor; ed il Contraente ha facoltà di destinarli in qualunque struttura dell'Ente, come pure temporaneamente

¹ **Veicolo proprio:** Autoveicoli e motoveicoli targati non iscritti al PRA a nome del Contraente, nella disponibilità degli assicurati

presso terzi, senza bisogno di denunciare in via preventiva l'eventuale cambiamento delle mansioni.

- 1.4.4** In caso di errore od omissione, avvenuti in buona fede, e riguardanti l'inclusione in garanzia o la determinazione delle somme assicurate relativamente a singoli assicurati o a categorie di assicurati per i quali l'assicurazione con oneri a carico del Contraente è obbligatoria ai sensi di legge o di CCNL, le parti convengono che l'Assicurazione si intenderà comunque valida nei termini previsti dalla legge o dal CCNL di riferimento, con l'intesa che il Contraente avrà l'obbligo di corrispondere il maggior premio dovuto a decorrere dall'inizio della copertura.
- 1.4.5** Si precisa che la copertura per gli Assicurati è garantita dalla Società fino alla scadenza del periodo per cui è stato pagato il relativo premio.
- 1.4.6** Il Contraente resta altresì esonerato dall'obbligo di notificare preventivamente alla Società le malattie, le infermità, le mutilazioni ed i difetti fisici da cui fossero affette le persone assicurate all'atto della stipula del presente contratto, o degli inserimenti successivi, o che dovessero in seguito sopravvenire.
- 1.4.7** La presente polizza si intende operante per infortuni occorsi nel mondo intero.
- 1.4.8** Gli eventuali indennizzi verranno corrisposti solo in Italia in Euro (€).

✍

SEZIONE 2 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 2.1 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze 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 artt. 1892, 1893 e 1894 Codice Civile.

Nell'ipotesi di cui all'art. 1893, comma 1, del codice civile, in assenza di dolo o colpa grave, il diritto di recesso della Società potrà avvenire, fermo restando l'obbligo della dichiarazione da farsi al Contraente nei tre mesi successivi al giorno in cui la Società ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, secondo la procedura di cui all'art. 2.3 - Revisione del prezzo e di altre clausole contrattuali e con decorrenza del termine di cui al comma 2 del citato art. 2.3 - Revisione del prezzo e di altre clausole contrattuali dalla ricezione della citata dichiarazione.

Le inesatte e/o incomplete dichiarazioni del Contraente all'atto della stipulazione del contratto o durante il corso dello stesso, così come l'omissione da parte del Contraente di dichiarare, ai sensi dell'art. 2.2 - Variazione del rischio, una circostanza eventualmente aggravante il rischio, non pregiudicano il diritto al risarcimento dei danni, sempreché tali omissioni o inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo.

Art. 2.2 – Variazione del rischio

Per variazione del rischio si intende qualsiasi modifica che determini una diversa probabilità di verificarsi di un sinistro ovvero una variazione delle sue conseguenze, non previste o non prevedibili, al momento della stipula del contratto. Le variazioni che devono essere comunicate concernono circostanze di fatto interne all'organizzazione del Contraente, il Contraente non è pertanto tenuto a comunicare variazioni del rischio conseguenti a disposizioni di leggi, di regolamenti e di atti amministrativi o a mutamenti negli orientamenti della giurisprudenza di merito e legittimità. Non comportano variazioni di rischio i mutamenti meramente episodici e transitori.

Qualsiasi elemento intervenuto successivamente all'aggiudicazione del contratto, che comporti una variazione del rischio deve essere comunicato tempestivamente, ovvero entro trenta giorni dall'intervenuta conoscenza, per iscritto alla Società.

A parziale deroga dell'art. 1898 del c.c., comma 2 e seguenti, nel caso di aggravamento di rischio, il Contraente ha l'obbligo di comunicare le variazioni secondo quanto stabilito al comma precedente e la Società si impegnerà, prima di esercitare l'eventuale recesso di cui all'art. 1898 c.c. comma 2, ad attivare la procedura preventiva per la revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali, secondo quanto stabilito dall'art. 2.3 - Revisione del prezzo e di altre clausole contrattuali.

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

Art. 2.3 – Revisione del prezzo e di altre clausole contrattuali

1. Per i contratti di durata pluriennale, almeno sei mesi prima della scadenza dell'annualità, qualora, al verificarsi delle ipotesi di modifiche del rischio previsti all'Art. 2.2 - Variazione del rischio, la Società, sulla base dei dati a disposizione da comunicare al Contraente, intenda chiedere la revisione del prezzo, può segnalare al Contraente il verificarsi delle suddette ipotesi di modifiche del rischio e richiedere, motivatamente, la revisione dei premi o delle condizioni contrattuali attinenti alle franchigie, agli scoperti o ai massimali previsti in polizza.
2. Il Contraente, entro 60 giorni, a seguito della relativa istruttoria e tenuto conto delle richieste formulate, decide in ordine alle stesse, formulando la propria controproposta di revisione.
3. In caso di accordo tra le parti, si provvede alla modifica del contratto a decorrere dalla nuova annualità.
4. In caso di mancato accordo tra le parti, la Società può recedere dal contratto di assicurazione. Il recesso decorre dalla scadenza dell'annualità.
5. La facoltà di recesso si esercita entro 60 (sessanta) giorni dalla proposta di cui al punto 1, presentata dalla Società, ovvero, nei casi di cui al punto 2, entro trenta giorni dalla ricezione della controproposta del Contraente.
6. Qualora alla data di effetto del recesso il Contraente non sia riuscito ad affidare il nuovo contratto di assicurazione, a semplice richiesta di quest'ultima, la Società s'impegna a prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni, normative ed economiche, in vigore per un periodo massimo di 180 giorni. Il Contraente contestualmente provvede a corrispondere l'integrazione del premio calcolato in pro-rata temporis nei modi e nei termini previsti al successivo art. 2.4 - Decorrenza della garanzia - Pagamento del premio.
7. Il recesso non produce effetto in caso di mancata produzione dei dati di cui all'art. 4.4 - Informazioni sui sinistri aggiornati fino al mese antecedente a quello di esercizio del recesso.

Art. 2.4 – Decorrenza della garanzia - Pagamento del premio

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24,00 del giorno indicato in polizza, se il premio è stato pagato; altrimenti ha effetto dalle ore 24:00 del giorno del pagamento.

In ogni caso, in deroga all'art. 1901 CC, tenuto conto che il Contraente, per le proprie modalità amministrative, effettua i

pagamenti solo tramite ordinativi bancari, preventivamente deliberati dagli uffici competenti, si conviene tra le parti che ogni copertura inerente la presente polizza decorre:

- per la rata iniziale di perfezionamento, dalle ore 24:00 del giorno di decorrenza indicato in polizza a condizione che la disposizione relativa al pagamento del premio sia adottata dal Contraente entro 60 giorni dalla data di decorrenza della polizza, e venga comunicata alla Società, fermo restando che ai fini del pagamento è indispensabile che la Società trasmetta la polizza in originale. Nel caso di mancata osservanza di quest'obbligo da parte della Società, ancorché nulla muti in merito alla vigenza della copertura assicurativa che resta valida, i termini di pagamento decorrono dalla data di ricezione della polizza da parte del Contraente;
- per le rate di premio successive, dalle ore 24:00 del giorno di scadenza della rata a condizione che la disposizione relativa al pagamento del premio sia adottata dal Contraente entro 60 giorni dalla data di scadenza della rata e venga comunicato alla Società, fermo restando che ai fini del pagamento è indispensabile che la Società trasmetta la polizza in originale. Nel caso di mancata osservanza di quest'obbligo da parte della Società, ancorché nulla muti in merito alla vigenza della copertura assicurativa che resta valida, i termini di pagamento decorrono dalla data di ricezione della polizza da parte del Contraente;
- per le appendici, dalle ore 24:00 del giorno di decorrenza del titolo, a condizione che la disposizione relativa al pagamento del premio sia adottata dal Contraente entro il 60° giorno dal ricevimento del relativo documento, e venga comunicato alla Società, fermo restando che ai fini del pagamento è indispensabile che la Società trasmetta la polizza in originale. Nel caso di mancata osservanza di quest'obbligo da parte della Società, ancorché nulla muti in merito alla vigenza della copertura assicurativa che resta valida, i termini di pagamento decorrono dalla data di ricezione della polizza da parte del Contraente;
- per le appendici a premio zero, dalle ore 24:00 del giorno di comunicazione alla Società.

Il premio annuale è interamente dovuto ancorché sia stato pattuito il frazionamento semestrale.

Se il Contraente/Assicurato non paga entro tali termini, l'Assicurazione resta sospesa e riprende vigore dalle ore 24,00 del giorno dell'ordinativo di pagamento, sempre che ne venga data tempestiva comunicazione alla Società.

Effettuato il pagamento, l'Assicurazione verrà ripristinata senza soluzione di continuità anche relativamente al periodo in cui questa è stata sospesa, con la sola esclusione dei sinistri di cui il Contraente fosse venuto a conoscenza nel periodo di scopertura e che risultassero accaduti in tale periodo. I premi devono essere pagati alla Società per il tramite del Broker, il quale, verificato l'effettivo accredito, provvederà a perfezionare gli adempimenti amministrativi di propria competenza nei confronti della Società. Gli Assicuratori riconoscono esplicitamente che il pagamento fatto al Broker è liberatorio per il Contraente, al quale, pertanto, nulla potrà essere eccepito.

Qualora ai sensi del Decreto del Ministro dell'Economia e Finanza 18 gennaio 2008 n. 40 così come integrato dall'Art.1 della L. 26/04/2012 n. 44 e ss.mm.ii., l'agente della riscossione riscontrasse un inadempimento a carico della Società ed il Contraente fosse impossibilitato a provvedere al pagamento parziale o totale della polizza sino a definizione del provvedimento, le garanzie resteranno comunque operanti i termini di cui sopra per il pagamento del premio decorreranno dalla data in cui il Contraente riceva idoneo nulla osta al pagamento.

L'assicurazione è altresì operante fino al termine delle verifiche e dei controlli che il Contraente deve effettuare in capo all'aggiudicatario della presente polizza circa il possesso dei requisiti di partecipazione richiesti nel bando e nel disciplinare di gara, nonché quelli richiesti dalle vigenti disposizioni normative per la stipula dei contratti con le Pubbliche Amministrazioni, ex articoli 17 e 18 del D. Lgs. 36/2023, anche qualora dette verifiche e controlli eccedessero temporalmente rispetto ai termini di mora previsti nel presente articolo in relazione al pagamento della prima rata, compreso l'inoltro da parte della Società al Contraente della corretta garanzia definitiva e della relativa polizza.

Art. 2.5 – Assicurazione presso diversi assicuratori

Il Contraente deve denunciare le eventuali altre assicurazioni che lo stesso avesse in corso o stipulasse per un rischio analogo a quello della presente polizza.

Art. 2.6 – Durata dell'assicurazione

Il presente contratto assicurativo ha la durata e rateizzazione esposta in frontespizio, conformemente a quanto previsto nei documenti di gara.

Alla scadenza e previa verifica della congruità delle condizioni è facoltà del Contraente:

- 2.6.1 procedere alla *proroga contrattuale* sino al massimo di ulteriori mesi sei, ai sensi del disposto di cui all'art. 120, comma 10 del Codice, anche in più soluzioni;
- 2.6.2 procedere ad una *proroga tecnica* dello stesso contratto per il tempo strettamente necessario alla conclusione della procedura di riaffidamento del contratto, sempreché ricorrano le condizioni di cui all'art. 120, comma 11 del Codice e comunque per un periodo massimo di mesi sei.

Tali facoltà possono essere esercitate dal Contraente una o più volte nell'ambito di tali periodi e la Società è espressamente tenuta ed obbligata a eseguire le prestazioni contrattuali e quindi garantire copertura assicurativa, a semplice richiesta scritta dell'Ente.

Si precisa che:

- è facoltà del Contraente attivare entrambe le suddette opzioni di proroga, anche successivamente;
- la proroga tecnica di cui al precedente punto 2.6.2 è sempre possibile in caso di esercizio del recesso anticipato di cui ai successivi artt. 2.7 - 2.8.

In tutti i casi innanzi specificati, a semplice richiesta scritta del Contraente, la Società è espressamente tenuta ed obbligata all'esecuzione delle prestazioni oggetto del contratto agli stessi prezzi, patti e condizioni o più favorevoli per il Contraente stesso.

Al Contraente competerà il pagamento dei premi in pro rata temporis e le eventuali regolazioni maturate sino alla definitiva scadenza della polizza.

Art. 2.7 – Facoltà di recesso in caso di sinistro

La Società ed il Contraente possono recedere dal presente contratto dopo ogni sinistro e fino al 30° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, con preavviso di 120 giorni. In tale evenienza tutte le garanzie rimarranno operanti per ulteriori 120 giorni dal ricevimento dell'avviso di recesso e la Società entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio imponibile relativa al periodo di rischio non corso.

Nel caso in cui le parti si siano avvalse della disdetta di cui all'Art. 2.8 – “Cessazione anticipata del contratto”, la facoltà concessa dal presente articolo non è operante.

Si precisa, in ogni caso, che l'esercizio del diritto di recesso per sinistro da parte della Società, è subordinato al contestuale invio del “Rapporto sinistri” di cui al successivo articolo 4.3 e pertanto, in assenza, il recesso non sarà efficace.

Art. 2.8 – Cessazione anticipata del contratto

La Società ed la Contraente possono recedere anticipatamente dal presente Contratto al termine di ciascuna annualità assicurativa, mediante PEC da inviare alla controparte con almeno:

- Contraente: 90 giorni di preavviso rispetto alla scadenza dell'annualità;
- Società: 150 giorni di preavviso rispetto alla scadenza dell'annualità.

In tal caso, alla data di cessazione e salvo diverso ed esplicito accordo tra le parti, la Società non sarà tenuta alla eventuale proroga contrattuale di cui all'art. 2.6.1.

Si precisa, in ogni caso, che l'esercizio del diritto di recesso anticipato, da parte della Società, è subordinato al contestuale invio del “Rapporto sinistri” così come previsto al successivo articolo 4.3. In assenza o in caso di dati insufficienti, la comunicazione della facoltà di recesso anticipato è inefficace.

Art. 2.9 – Regolazione del premio (ove convenuta)

Qualora il premio viene convenuto in tutto o in parte in base ad elementi di rischio variabile, esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minor durata del contratto, secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio.

A tale scopo entro 90 giorni dalla fine di ogni periodo assicurativo il Contraente deve fornire per iscritto alla Società i dati richiesti in base ai quali si procederà ad effettuare la regolazione di premio.

Se il Contraente/Assicurato non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti, la Società deve fissare un ulteriore termine non inferiore a giorni 30, 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 annuo per il quale non ha avuto luogo la regolazione; la garanzia resta sospesa fino alle ore 24,00 del giorno in cui il Contraente/Assicurato non abbia adempiuto ai suoi obblighi, fermo restando il diritto della Società ad agire giudizialmente.

Qualora all'atto della regolazione annuale il consuntivo degli elementi variabili di rischio superi il doppio di quanto preso come base per la determinazione del premio dovuto in via anticipata, questo ultimo viene rettificato, a partire dalla prima scadenza annua successiva alla comunicazione, attraverso un'adeguata rivalutazione del preventivo degli elementi variabili. Il nuovo importo di questi ultimi non può essere comunque inferiore al 75% di quello dell'ultimo consuntivo.

È previsto in ogni caso un premio minimo pari al 90% del premio di polizza.

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

Ove il Contraente abbia in buona fede fornito indicazioni inesatte o incomplete, la Società riconoscerà comunque la piena validità del contratto, fatto salvo il suo diritto a richiedere l'eventuale quota di premio competente e non percepita. Tuttavia l'eventuale pagamento dei sinistri di competenza del periodo a cui si riferiscono le indicazioni inesatte o incomplete, sarà automaticamente sospeso fino a quando non sia ripristinata la regolarità amministrativa degli adempimenti suddetti.

Art. 2.10 – Oneri fiscali

Le imposte, le tasse, i contributi, e tutti gli oneri stabiliti dalla legge presenti e futuri, relativi al premio, agli accessori,

agli indennizzi, alle polizze ed agli atti da esse dipendenti, sono a carico del Contraente, anche se il pagamento è stato anticipato dalla Società.

Art. 2.11 - Partecipazione in coassicurazione

In caso di coassicurazione l'Assicurazione è ripartita per quote tra le Società coassicuratrici indicate nel riparto allegato e la Società delegataria sarà tenuta ad assolvere, in ogni caso e comunque, direttamente e per l'intero, tutte le obbligazioni contrattuali assunte nei confronti del Contraente e/o degli aventi diritto come derivanti dal presente contratto, indipendentemente dai fatti, dagli eventi, dalle circostanze di fatto e/o di diritto, dai rapporti che possono interessare le Società assicuratrici presso i quali il rischio è stato assicurato o ripartito.

La Società delegataria, pertanto, è espressamente obbligata ad emettere atto di liquidazione per l'intero importo dei sinistri ed a rilasciare al Contraente/Assicurato quietanza per l'ammontare complessivo dell'indennizzo, ferma la responsabilità solidale tra le Società coassicuratrici, in deroga al disposto di cui all'art. 1911 CC.

Con la sottoscrizione della presente polizza le Società coassicuratrici danno mandato alla Società delegataria a firmare, anche per loro nome e per loro conto, ogni atto di gestione del contratto (appendice, modifica, integrazione, estensione di garanzia, ecc.) riconoscendo espressamente come validi e pienamente efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di gestione nonché quelli relativi alla rappresentanza processuale, compiuti dalla Società delegataria in ragione e/o a causa della presente polizza.

In particolare, tutte le comunicazioni inerenti al contratto, ivi comprese quelle relative al recesso e/o alla disdetta, alla gestione dei sinistri, all'incasso dei premi di polizza, si intendono fatte o ricevute dalla Società delegataria in nome e per conto di tutte le Società coassicuratrici.

Art. 2.11 bis - Partecipazione in RTI

In caso di Raggruppamento Temporaneo di Imprese (RTI), costituitosi in termini di legge, si deroga al disposto di cui all'art. 1911 CC, essendo tutte le Società sottoscrittrici responsabili in solido nei confronti del Contraente.

Art. 2.12 - Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni alle quali l'Assicurato è tenuto devono essere indirizzate alla Direzione per l'Italia della Società oppure all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza, anche per il tramite del Broker.

Tutte le comunicazioni tra le parti debbono essere fatte, per essere valide, per iscritto.

Art. 2.13 - Gestione del contratto

Ad ogni effetto di legge le parti contraenti riconoscono alla Società Consulbrokers Spa, Potenza, Viale Marconi n. 90, RUI B000778092, (denominata anche e più brevemente “Broker”), il ruolo di cui al D. Lgs 209/2005 (ex legge 792/84) per quanto concerne la predisposizione del Capitolato speciale di appalto e l'assistenza e consulenza nelle fasi di gara. Il suddetto Broker, per il tramite della Consulbrokers Spa, fornirà, inoltre, assistenza e consulenza nella esecuzione e gestione delle conseguenti obbligazioni contrattuali (gestione amministrativa e tecnica) per tutta la durata della polizza, compreso rinnovi, proroghe o sostituzioni della stessa polizza.

L'opera del Broker verrà remunerata esclusivamente dall'aggiudicatario con il quale verrà stipulato il contratto, nella misura stabilita nella documentazione di gara. Tale remunerazione, parte dell'aliquota riconosciuta dall'impresa di Assicurazione alla propria rete di vendita, non potrà quindi, in ogni caso, rappresentare un costo aggiuntivo per l'Amministrazione Aggiudicatrice. Le parti contraenti riconoscono che il pagamento dei premi sia fatto tramite il Broker sopra indicato e che tale atto è liberatorio per l'Assicurato.

Agli effetti delle condizioni normative tutte della presente polizza, si conviene espressamente che ogni comunicazione se fatta dall'Assicurato al Broker si intenderà come fatta alla Società delegataria e alle Società coassicuratrici, fermo restando quanto previsto al precedente art. 2.4 per quanto attiene alla copertura assicurativa / pagamento del premio, come pure ogni eventuale comunicazione fatta dal Broker alla Società delegataria, nel nome e per conto dell'Assicurato, si intenderà fatta dall'Assicurato stesso nei confronti di ciascuna Società assicuratrice, con esclusione della comunicazione di disdetta e/o recesso del contratto stesso che dovrà essere effettuata esclusivamente dal Contraente alla Società delegataria e viceversa, con lettera raccomandata A.R. o tramite PEC.

Art. 2.14 - Rinvio alle norme di legge - Foro competente

Per tutto quanto non previsto dalle presenti condizioni dattiloscritte, valgono unicamente le norme del Codice Civile. Il Foro competente per qualsiasi controversia si intende esclusivamente quello nella cui giurisdizione è ubicata la sede del Contraente.

Art. 2.15 - Trattamento dati

Le Parti consentono il trattamento dei dati personali contenuti nella presente polizza o che derivino, per le finalità strettamente connesse agli obblighi contrattuali, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003 “Codice in materia di protezione dei dati personali” (nel seguito anche “Codice privacy”) ed ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE

n. 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati (nel seguito anche “Regolamento UE” o “GDPR”).

Art. 2.16 – Tracciabilità flussi finanziari

Ai sensi e per gli effetti di cui all’art. 3 della legge 13 agosto 2010, n. 136 recante “Piano straordinario contro le mafie, nonché delega al Governo in materia di normativa antimafia” le Società assicuratrici, pena la nullità assoluta del presente contratto, assumono, per sé e per i subcontraenti o subappaltatori, gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla suddetta legge.

Art. 2.17 – Interpretazione del contratto

In caso di dubbio nell’interpretazione anche di una delle condizioni di polizza, si conviene che le stesse devono interpretarsi in senso conforme a quello in cui tali condizioni possano essere ritenute legittime e non contrarie a disposizione di legge; in ogni caso, verrà data l’interpretazione più estensiva e più favorevole all’Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di polizza.

Art. 2.18 – Disciplina dell’appalto

Costituiscono parte integrante e sostanziale della presente polizza tutti i documenti di gara relativi all’aggiudicazione del relativo Lotto, ancorché non espressamente allegati.

Art. 2.19 – Legittimazione

Si prende atto che la presente Polizza viene stipulata dall’Ente Contraente a favore degli Assicurati. Il Contraente adempie agli obblighi previsti dall’Assicurazione stessa, ed esercita conseguentemente tutti i diritti e le azioni nascenti dal presente contratto, anche in via esclusiva, con il consenso degli Assicurati che s’intende espressamente acquisito e prestato in sede di promozione e stipula del presente contratto anche se qui non formalmente riprodotto e rappresentato

☞

SEZIONE 3 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI CUMULATIVA

Art. 3.1 – Rischi inclusi nell'assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio delle attività dichiarate dal Contraente. La garanzia è altresì operante per il “rischio in itinere” e cioè per gli infortuni che si verifichino a causa e/o in occasione di tutti i trasferimenti, con qualsiasi mezzo di locomozione ed anche a piedi da e per l'abitazione, anche occasionale, dell'Assicurato ed il suo normale luogo di lavoro o qualsiasi altro luogo, ove l'Assicurato si rechi a svolgere la propria attività, mansione o incarico per conto del Contraente.

Premesso che è compreso in garanzia, sempre che non esplicitamente escluso, ogni evento che rientri nella definizione di “infortunio”, sono altresì considerati “infortuni”:

- a) le conseguenze dei colpi di sole, di calore e di freddo o di altre influenze termiche ed atmosferiche;
- b) le conseguenze delle folgorazioni e scariche elettriche in genere, anche conseguenti ad azione del fulmine;
- c) le conseguenze dell'assideramento o congelamento;
- d) il contatto con acidi e corrosivi, tutte le ustioni in genere;
- e) gli avvelenamenti o le intossicazioni conseguenti ad ingestione od assorbimento di sostanze, anche aventi origine traumatica;
- f) l'asfissia; l'asfissia non di origine morbosa, soffocamento da ingestione di solidi e/o liquidi;
- g) l'annegamento;
- h) le lesioni corporali sofferte per legittima difesa, per dovere di solidarietà umana in occasione di aggressioni e di atti violenti subiti, anche se dovuti a movente politico, sociale, sindacale o terrorismo, nonché quelle sofferte in occasione di tumulti popolari ai quali l'Assicurato non abbia preso parte attiva;
- i) le conseguenze delle infezioni e affezioni (comprese quelle tetaniche), nonché degli avvelenamenti causati da morsi di animali in genere,
- j) le infezioni e/o avvelenamenti causati da punture e/o contatto con piante;
- k) le lesioni sofferte in conseguenza di imprudenze e negligenze anche gravi (a parziale deroga dell'art. 1900 del codice civile), nonché in stato di maleore ed incoscienza o conseguenti a vertigini; derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi a parziale deroga dell'art. 1900 del codice civile;
- l) le conseguenze di operazioni chirurgiche o di trattamenti resi necessari esclusivamente da infortuni indennizzabili a termini della presente Polizza.

L'assicurazione vale altresì per gli infortuni:

- m) derivanti dalla partecipazione in squadre antincendio;
- n) derivanti dalla partecipazione ad associazioni di volontariato e Protezione Civile;
- o) causati da calamità e forze della natura compresi terremoto, maremoto, eruzione vulcanica, alluvioni, straripamenti, inondazioni, frane, allagamenti, neve, grandine, smottamenti, valanghe, slavine;
- p) sofferti in stato di maleore, vertigini e incoscienza o conseguenti a colpi di sonno;
- q) derivanti dalla partecipazione in qualità di passeggero a viaggi su aeromobili o elicotteri in servizio pubblico di linea, o a voli charter e straordinari effettuati, sempre come passeggero, su velivoli eserciti da società di traffico aereo regolarmente abilitate;

Sono comunque equiparati ad infortunio:

- r) le ernie traumatiche e le lesioni (esclusi gli infarti) determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico; le conseguenze di strappi muscolari, le rotture sottocutanee, tendinee e muscolari (vedi anche Art. 3.2.12);
- s) gli infortuni derivanti da abuso di alcolici, con l'esclusione di quelli subiti alla guida di veicoli e/o natanti in genere;
- t) le infezioni (malattie virali, infezioni, epatite, H.I.V., AIDS e simili) conseguenti a trauma e/o contatto subito durante l'attività svolta per conto del Contraente;
- u) la “morte presunta”.

Art. 3.2 – Estensioni di garanzia

3.2.1 - Spese di trasporto a carattere sanitario

La garanzia è estesa al rimborso, fino al limite di € 5.000,00, delle spese sostenute dall'Assicurato in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza per 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.

3.2.2 - Rientro sanitario

La garanzia è estesa al rimborso, fino al limite di € 5.000,00, delle spese sostenute dall'Assicurato per il rientro, anche se anticipato o posticipato, in caso di infortunio che lo colpiscano nel corso di una missione, gita o viaggio disposto dal Contraente direttamente od indirettamente, e che rendano necessario il suo trasporto con qualsiasi mezzo ritenuto idoneo in ospedale attrezzato in Italia.

3.2.3 - 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, gita o viaggio disposto dal Contraente direttamente od indirettamente, fino al luogo di sepoltura e ciò fino alla concorrenza di € 7.500.00.

3.2.4 - 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 o di riduzione dell'efficienza estetica, 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 € 10.000,00 per evento.

3.2.5 - Esposizione agli elementi

La Società in occasione di arenamento, incaglio, naufragio, sommersione, atterraggio e ammarraggio forzato, corrisponderà le somme rispettivamente assicurate per il caso di Morte e di Invalidità Permanente anche in quei casi in cui gli avvenimenti di cui sopra non siano la causa diretta dell'infortunio ma, in conseguenza della zona, del clima o di altre situazioni concomitanti (es. perdita d'orientamento) l'Assicurato si trovi in condizioni tali da subire la morte o lesioni organiche permanenti.

3.2.6 - Rischio volo

L'assicurazione comprende gli infortuni che l'Assicurato subisca durante l'uso - ma soltanto in qualità di passeggero - di aeromobili; esclusi i viaggi effettuati su altri mezzi di locomozione aerea (deltaplani, ultraleggeri, parapendio e simili) nonché su aeromobili di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico o passeggeri; o su aeromobili di aeroclub.

Si intende compreso in garanzia anche il rischio volo in relazione allo svolgimento delle mansioni di addetto al servizio di emergenza territoriale 118 ed altre simili attività.

Il cumulo delle somme assicurate di cui alla presente polizza e di eventuali altre assicurazioni da chiunque stipulate per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni non potrà superare i seguenti importi:

per persona:

- euro 1.200.000,00 per il caso morte
- euro 1.200.000,00 per il caso invalidità permanente

per aeromobile:

- euro 25.000.000,00 per il caso morte
- euro 25.000.000,00 per il caso invalidità permanente.

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.

Il viaggio in 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.

3.2.6 - Servizio sostitutivo militare

Per quanto riguarda il personale alle dirette dipendenze dell'Ente, durante il servizio militare sostitutivo ed i richiami per esercitazione, l'assicurazione resta valida ma con l'esclusione degli infortuni derivati dallo svolgimento delle attività tipiche di tali servizi.

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 o altre forme previste dalla legge in materia.

3.2.7 - Rischio guerra

A parziale deroga del disposto dell'articolo 3.3 - “Delimitazione della garanzia - Esclusioni”, 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.

3.2.8 - Malattie contratte in servizio e per cause di servizio

L'assicurazione viene estesa alle malattie riconosciute come professionali e/o contratte in servizio e per cause di servizio che abbiano per conseguenza la morte e l'invalidità permanente.

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. Sono escluse dalla garanzia le nevrosi, le malattie mentali, quelle tubercolari e quelle che sono conseguenza diretta o indiretta di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche. L'Assicurazione è soggetta all'applicazione di una franchigia relativa del 15%: resta pertanto convenuto che non si farà luogo ad indennizzo per l'Invalidità Permanente quando questa sia di grado non superiore al 15% della totale; se invece l'Invalidità Permanente

supera il 15% della totale, l'indennizzo verrà liquidato secondo quanto previsto dalle condizioni di polizza. Il periodo massimo utile per provvedere alla valutazione definitiva del danno indennizzabile a norma della presente estensione, viene fissato in due anni dalla denuncia della malattia.

3.2.9 - Responsabilità del contraente

Qualora l'infortunato o, in caso di morte i beneficiari o soltanto qualcuno di essi, non accettino a completa tacitazione per l'infortunio l'indennità dovuta ai sensi del presente contratto e avanzino verso il Contraente maggiori pretese a titolo di responsabilità civile, su richiesta della Contraente stessa, detta indennità viene accantonata nella sua totalità. L'indennità accantonata viene pagata qualora l'infortunato o gli anzidetti beneficiari recedano dall'azione di responsabilità civile o rimangano in essa soccombenti ovvero a seguito di transazione o a seguito di composizione della controversia.

3.2.10 - Commorienza

Qualora lo stesso evento provochi la morte, oltre che dell'Assicurato, anche del coniuge e risultino beneficiari dell'Assicurazione figli di minore età o comunque studenti in regolare corso del piano di studi, l'indennizzo ad essi spettante si intende aumentato del 50%. Il maggiore esborso a carico della Società per effetto della presente estensione di garanzia non potrà comunque superare € 50.000,00.

3.2.11 - Ernie traumatiche e da sforzo

A specificazione di quanto disposto a tale proposito all'Art 3.1 – Rischi inclusi nell'assicurazione, si conviene che l'assicurazione comprende, limitatamente ai casi di Invalidità Permanente e di Inabilità Temporanea, ove prevista, le ernie da causa violenta, con l'intesa che:

- nel caso di ernia addominale operata o operabile viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 2% della somma assicurata;
- nel caso di ernia addominale operata o operabile viene riconosciuto l'indennizzo per il solo caso di Inabilità Temporanea fino ad un massimo di 30 giorni;
- nel caso di ernia addominale non operabile secondo parere medico, viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 10% (dieci per cento) della somma assicurata;
- nel caso di ernia del disco intervertebrale viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 2% della somma assicurata;

Qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio medico, di cui all'Art. 4.2. – “Controversie”.

3.2.12 – Rapina, tentata rapina, sequestro di persona

Resta convenuto che se l'Assicurato muore in conseguenza di rapina, tentata rapina o sequestro di persona, la Società corrisponde il doppio della somma assicurata per il caso Morte. Resta convenuto che, indipendentemente dall'indennità assicurata, il maggior indennizzo non potrà, in ogni caso, superare l'importo di € 50.000,00.

Art. 3.3 – Delimitazione della garanzia - Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti:

- a) dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove nonché a partecipazione di regate a vela fuori dal Mare Mediterraneo;
- b) dalla guida di: macchine agricole e operatrici; di natanti a motore per uso non privato; di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- c) dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme arti marziali in genere, alpinismo oltre il 3° grado, scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, guidoslitta, hockey, skeleton, immersione con autorespiratore, paracadutismo o sport aerei in genere;
- d) dalla partecipazione a competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- e) da ubriachezza alla guida di mezzi da locomozione, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- f) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- g) da guerra, insurrezioni, limitatamente al territorio della Repubblica Italiana, della Città Del Vaticano e della Repubblica di San Marino
- h) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche;
- i) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;

Art. 3.4 – Persone non assicurabili

Premesso che la Società, qualora fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da alcoolismo, tossicodipendenza, diabete in terapia con insulina, AIDS e sindromi correlate, epilessia o da una delle seguenti infermità mentali: sindromi

organiche cerebrali, disturbi schizofrenici e/o paranoici, forme maniaco-depressive, non avrebbe consentito a prestare l'assicurazione, laddove una o più delle malattie sopra richiamate insorgano nel corso del contratto, si applicano le disposizioni dell'art. 1898 del codice civile, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato.

Non sono coperte dalla presente polizza, fatto salvo patto speciale, le persone di età superiore a 75 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. 3.5 - Sanzioni e restrizioni internazionali

In nessun caso la Società sarà tenuta a fornire alcuna copertura assicurativa, soddisfare alcuna richiesta di risarcimento, garantire alcun pagamento o risarcimento sulla base della presente assicurazione, qualora detta copertura, pagamento o risarcimento possa esporre la Società (o qualsiasi suo dipendente o collaboratore) a divieti, sanzioni o restrizioni o possa comportare violazioni di divieti, sanzioni o restrizioni, secondo quanto previsto da Risoluzioni delle Nazioni Unite in materia di embarghi o sanzioni economiche e commerciali, da leggi o regolamenti dell'Unione Europea, dei suoi Stati membri del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America.

In alternativa

Gli [Assicuratori] [Riassicuratori] non sono tenuti a fornire alcuna copertura o a disporre alcun risarcimento ai sensi del presente contratto, qualora ciò implichi qualsiasi tipo di violazione di legge o regolamento in materia di sanzioni internazionali, che esponga gli [Assicuratori] [Riassicuratori], la loro capogruppo o la loro controllante a qualsiasi violazione delle leggi e dei regolamenti in materia di sanzioni internazionali.

Art. 3.6 - Limiti territoriali

l'assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 3.7 – Determinazione del danno - Criteri di indennizzo

L'assicurazione prevede l'indennizzo dei seguenti casi:

3.7.1 - Morte

La Società liquida la somma assicurata ai beneficiari se l'assicurato, in conseguenza di infortunio muore entro due anni dal giorno stesso dell'infortunio. L'indennizzo non è cumulabile con quello di 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, la Società corrisponde ai beneficiari la differenza tra l'indennizzo pagato e la somma assicurata per il caso di morte, ove questa sia maggiore.

E' considerata "morte" anche lo stato di "coma irreversibile" conseguente ad infortunio.

3.7.2 - Morte Presunta

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza il corpo dell'Assicurato scompaia o non venga ritrovato e si presume sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà ai beneficiari designati in polizza il capitale previsto per il caso di morte. La liquidazione, sempre che non siano nel frattempo emersi elementi tali da rendere il danno non indennizzabile, non avverrà prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta proposta a termini degli art. 60 e 62 del Codice Civile.

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

A restituzione avvenuta da parte dell'Assicurato dell'intera somma liquidata, l'Assicurato stesso avrà così diritto all'indennizzo spettante ai sensi di polizza per altri casi eventualmente assicurati.

3.7.3 - Invalidità Permanente

Se l'infortunio ha per conseguenza una Invalidità Permanente e questa si verifica entro due anni dal giorno nel quale è avvenuto, la Società liquida per tale titolo un'indennità calcolata sulla somma assicurata per invalidità assoluta, secondo la Tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali approvata con DPR 1124/65, con rinuncia all'applicazione della franchigia relativa prevista.

Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente non è trasmissibile a beneficiari, eredi o aventi causa. Tuttavia, se l'infortunato muore per cause indipendenti dalle lesioni subite, dopo che l'indennizzo per invalidità permanente sia stato liquidato o comunque offerto in misura determinata, la Società paga ai beneficiari l'importo liquidato od offerto. La Società corrisponde l'indennizzo 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 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 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.

In caso di constatato mancinismo, le percentuali di invalidità permanente stabilite dal contratto per l'arto superiore destro e la mano destra, varranno per l'arto superiore sinistro e la mano sinistra e viceversa.

Qualora l'invalidità sia totale o di grado superiore al 50% verrà liquidato l'intero massimale.

Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi o arti, le percentuali previste nella predetta tabella sono addizionate fino al massimo del 100% della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente.

3.7.4 - Spese di cura

In caso di infortunio rientrante nella garanzia prestata, anche se non determinante la morte o un'invalidità permanente, la Società, rimborsa all'assicurato, – **sempreché previste alla Sezione 5 della presente polizza** - fino alla concorrenza del massimale indicato alla Sezione 5 valido per anno assicurativo, le spese sostenute per:

- rette di degenza in istituti di cura pubblici o privati, onorari dei medici, chirurghi, assistenti, anestesisti, materiale di intervento, diritti di sala operatoria, accertamenti diagnostici, medicinali;
- visite mediche specialistiche, accertamenti diagnostici, spese farmaceutiche, spese fisioterapiche e riabilitative in generale. In caso di ricovero anche le spese sostenute nei 60 giorni antecedenti il ricovero e quelle sostenute nei 120 giorni successivi alla dimissione;
- per presidi ortopedici, limitatamente a: corsetti ortopedici per scoliosi ed artrosi, protesi e tutori di funzione arti superiori, inferiori e tronco, protesi oculari;
- di trasporto all'Istituto di Cura o posto di Pronto Soccorso o da un Istituto di Cura all'altro o dall'Istituto di Cura al domicilio dell'Assicurato su ambulanze e/o mezzi speciali di soccorso adeguati alla gravità delle condizioni dell'infortunato;
- per cure e protesi dentarie rese necessarie da infortunio, con il limite per dente di Euro 500,00 e di Euro 1.000,00 relativamente alle spese sostenute per il materiale prezioso e le leghe speciali impiegati nelle protesi dentarie, per la perdita totale di un dente (avulsione) verrà corrisposto l'1% della invalidità permanente.

Il rimborso viene effettuato a guarigione clinica ultimata, previa presentazione alla Società dei documenti giustificativi in originale.

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi vengono eseguiti in Italia al cambio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano Cambi.

Qualora l'Assicurato fruisca di analoghe prestazioni assicurative sociali la garanzia vale per l'eventuale eccedenza di spese da queste non rimborsate.

3.7.5 - Diaria per Inabilità Temporanea, Ricovero, Gessatura

Qualora sia provato che l'infortunio, indennizzabile ai termini della presente polizza ha causato l'inabilità temporanea o il ricovero o l'applicazione di gessature o di tutore immobilizzante equivalente, la Società, con riferimento alla natura ed alla conseguenza delle lesioni riportate dall'Assicurato, – **sempreché prevista alla Sezione 5 della presente polizza** - liquida l'**indennità giornaliera**:

- integralmente, in caso di ricovero o di applicazione di gessatura, nonché per tutto il tempo in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle proprie occupazioni professionali;
- nella misura del 50% per tutto il tempo in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle sue occupazioni professionali.

Il computo dei giorni per il quale si riconosce l'indennizzo decorre dalle ore 24 del giorno dell'infortunio, se regolarmente denunciato, o in caso di ritardo dalle ore 24 della denuncia, dedotto il numero di giorni eventualmente in franchigia. L'indennizzo è dovuto anche per il periodo antecedente alla denuncia se vi è stato ricovero in istituto di cura o applicazione della gessatura, fermo restando che la liquidazione dell'indennizzo viene effettuata considerando quale data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato medico regolarmente inviato, salvo rinnovo di certificati medici.

- L'indennità viene corrisposta, in caso di inabilità temporanea, per il periodo massimo previsto di 360 giorni.
- L'indennità viene corrisposta, in caso di ricovero, per il periodo massimo previsto di 360 giorni.
- L'indennità viene corrisposta, in caso di gessatura, per il periodo massimo previsto di 45 giorni.

Le diarie relative ad un medesimo periodo giornaliero non sono cumulabili tra loro, tuttavia in caso di indennizzabilità di più diarie, è data facoltà all'Assicurato, di scegliere la liquidazione di quella di importo maggiore.

Qualora l'Assicurato a seguito di infortunio venga ricoverato in un reparto di rianimazione o di cura intensiva, solo per il periodo di permanenza in detti reparti, la diaria giornaliera prevista in polizza viene incrementata del 50%.

Art. 3.8 - Rinuncia alla rivalsa

La società dichiara di rinunciare a favore del Contraente all'azione di surroga prevista dall'art. 1916 del codice civile.

SEZIONE 4 - NORME CHE REGOLANO LA GESTIONE SINISTRI

Art. 4.1 – Denuncia dell’infortunio ed obblighi relativi

In caso di sinistro l’Ufficio competente del Contraente dovrà farne denuncia alla Società, nei modi previsti, entro 30 giorni da quando ne ha avuto notizia dall’Assicurato.

La denuncia, sottoscritta anche dall’assicurato per la parte di propria competenza, dovrà contenere:

- generalità dell’infortunato e la sua qualifica nei confronti del Contraente;
- attestazione del Contraente da cui si evinca con chiarezza che il sinistro è avvenuto in occasione di adempimento di servizio;
- attestazione del Contraente da cui si evinca con chiarezza che la percorrenza chilometrica relativa alla missione è stata formalmente registrata tra le proprie evidenze;
- luogo, giorno ed ora dell’evento;
- cause che concorsero alla sua determinazione;
- nominativi di eventuali testimoni o, comunque, indicazioni che consentano una idonea descrizione dell’accaduto;
- generalità degli eventuali trasportati e la loro qualifica nei confronti del Contraente;

In ogni caso dovrà essere inviata certificazione medica, non appena disponibile.

Quando l’evento abbia causato la morte dell’assicurato o quando questa sia intervenuta durante il periodo di cura, deve essere dato tempestivo avviso alla Società. In ogni caso, spettando al danneggiato o ai suoi aventi diritto, l’onere della prova, si intende che, in ordine all’ottenimento dell’indennizzo, dovrà essere loro cura provvedere in modo da consentire un completo accertamento del danno.

La Società:

- si impegna a dare comunicazione al Contraente dell’avvenuta definizione o a fornire le eventuali motivazioni del rifiuto;
- dichiara di accettare, come riferimento probatorio, la documentazione contabile e/o gli altri atti o scritture che lo stesso Contraente sarà ragionevolmente in grado di esibire.

Art. 4.2 - Controversie

In caso di disaccordo sul diritto all’indennizzo, le parti si obbligano a conferire, per iscritto, mandato di decidere se ed in quale misura sia dovuto l’indennizzo, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un collegio di tre medici, nominato uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Collegio dell’Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio.

Il Collegio medico risiede nel comune, sede di istituti di medicina legale, più vicini alla sede del Contraente. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il 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.

Art. 4.3 – Informazioni sui sinistri

La Società:

1. entro 60 giorni dal termine di ciascuna annualità assicurativa,
 2. entro 180 giorni antecedenti la scadenza finale del contratto (con successivi aggiornamenti bimensili),
 3. nonché, in ogni caso di risoluzione anticipata del contratto, contestualmente all’esercizio del recesso,
 4. oltre la scadenza contrattuale, al 31.12 di ogni anno e fino alla completa definizione di tutti i sinistri compresi quelli riservati,
- si impegna a fornire al Contraente l’evidenza dei sinistri denunciati a partire dalla data di decorrenza del contratto. Tale elenco dovrà essere preferibilmente fornito in formato elettronico Microsoft Excel® o altro supporto informatico equivalente editabile e dovrà riportare, per ciascun sinistro:

- data dell’apertura di sinistro;
- data e luogo di accadimento;
- estremi identificativi del reclamante;
- tipo di evento;
- l’indicazione dello stato del sinistro secondo la seguente classificazione e con i dettagli pertinenti di seguito indicati:
 - a) sinistro senza seguito e relative motivazioni;
 - b) sinistro liquidato, in data __ per l’importo di € __ (precisare: al netto/lordo della franchigia di € __;
 - c) sinistro aperto, in corso di verifica con relativo importo stimato pari a € __ (precisare: al netto/lordo della franchigia di € __.
 - d) se è radicato o meno il contenzioso legale.

La Società espressamente riconosce che le previsioni tutte contenute nella presente clausola contrattuale:

- la impegnano a redigere il documento di cui sopra secondo un’accurata ed aggiornata informativa;

- rappresentano un insieme di obbligazioni considerate essenziali per la stipulazione ed esecuzione del presente contratto assicurativo, in quanto necessarie a rendere tempestivamente ed efficacemente edotto il Contraente circa gli elementi costitutivi e qualificanti del rapporto contrattuale con la Società;
- rappresentano una condizione essenziale per la validità della risoluzione anticipata.



SEZIONE 5 – CATEGORIE E SOMME ASSICURATE, FRANCHIGIE E CALCOLO DEL PREMIO

Art. 5.1 – Categorie e somme assicurate (pro-capite)

L'assicurazione è prestata alle condizioni tutte della presente polizza per le persone appartenenti alle categorie qui di seguito evidenziate e per i rischi, le garanzie, somme assicurate e massimali specificamente indicati.

Categoria	Morte	Invaldità Permanente	Inabilità Temporanea	Spese di cura
A - Personale in missione con il proprio veicolo	€ 300.000,00	€ 350.000,00	//	€ 15.000,00
B - Amministratori	€ 300.000,00	€ 350.000,00	//	€ 15.000,00

Art. 5.2 – Franchigie

Categoria	Invaldità Permanente	Inabilità Temporanea	Spese di cura
A - Personale in missione con il proprio veicolo	NO	//	NO
B - Amministratori in missione con il proprio veicolo	NO	//	NO

Art. 5.3 - Calcolo del premio

Vedi scheda di offerta

Il premio anticipato dal Contraente viene così calcolato:

Categoria		Preventivo	Premio imponibile unitario	Premio imponibile annuo complessivo
1.3.A - Personale dipendente e/o non dipendente in missione	percorrenza	Km. 500	€/KM.	€
1.3.B - Amministratori	Sindaco	1	€/persona	
	Presidente Consiglio	1	€/persona	
	Vicesindaco / Assessore / Consigliere	1	€/persona	
	Assessori / Consiglieri	4	€/persona	
	Consiglieri	10	€/persona	
Imposte				€
Premio Annuo Lordo Complessivo				€

(se del caso) Rimane convenuto tra le parti che la regolazione premio da effettuarsi a norma dell'art. 2.6, Sezione 2 della presente polizza, verrà calcolato sulla base delle condizioni espresse nel presente articolo.

Art. 5.3 – Riparto di coassicurazione

Qualora l'assicurazione fosse ripartita per quote determinate tra Società si indicano di seguito le relative percentuali, ferma restando - in deroga all'articolo 1911 c.c. - la responsabilità solidale di tutte le Società coassicurate nei confronti del Contraente e dell'Assicurato per le obbligazioni assunte con la stipula dell'assicurazione:

Società	Agenzia	Percentuale di ritenzione
(*)		

La Spettabile(*), all'uopo designata Società delegataria, dichiara di aver ricevuto mandato dalle Società coassicuratrici indicate nel riparto a:

- firmare la polizza e gli atti connessi anche in loro nome e per conto e ciò vale anche per il presente atto,
- pagare gli indennizzi,
- ricevere e inviare ogni comunicazione relativa all'assicurazione, ivi incluse quelle relative a proroghe, recesso, atti giudiziari

in nome proprio e per conto delle Società coassicuratrici.

Resta inteso che al pagamento dell'indennizzo, in virtù della disposizione suindicata, sono obbligate solidalmente tutte le Società coassicuratrici; per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

Art. 5.4 – Disposizioni finali

Resta convenuto che si intendono operanti solo le norme elencate e descritte nella presente polizza nelle Sezioni dalla n. 1 alla n. 5 comprese, unitamente alle eventuali varianti contenute nelle schede di offerta presentate in sede di gara, che, allegata al presente contratto, ne formano parte integrante e sostanziale.

La firma, eventualmente apposta dal 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.

Il presente Capitolato, modificato secondo le varianti presentate ed accettate in sede di gara, completato con le indicazioni di prezzo, decorrenza e scadenza, assume a tutti gli effetti la validità di contratto.

Il Contraente

La Società

Agli effetti dell'art. 1341 del C.C., la Società ed il Contraente dichiarano di approvare espressamente le seguenti clausole contrattuali:

- 2.1 Dichiarazione relative alle circostanze del rischio
- 2.2 Variazione del rischio
- 2.3 Revisione del prezzo e di altre clausole contrattuali
- 2.4 Decorrenza della garanzia - Pagamento del premio
- 2.4 Assicurazione presso diversi assicuratori
- 2.7 Facoltà di recesso in caso di sinistro
- 2.8 Cessazione anticipata del contratto
- 2.11 Partecipazione in coassicurazione
- 2.11bis Partecipazione in RTI
- 2.13 Gestione del contratto
- 2.14 Rinvio alle norme di legge - Foro competente
- 2.16 Interpretazione del contratto
- 2.18 Disciplina dell'appalto
- 2.19 Legittimazione
- 3.7 Rinuncia alla rivalsa
- 4.1 denuncia dell'infortunio e obblighi relativi
- 4.2 Controversie
- 4.3 Informazione sui sinistri
- 5.3 Calcolo del premio
- 5.4 Riparto coassicurativo
- 5.5 Disposizioni finali

La Società

Il Contraente

**Allegate schede di offerta tecnico-economica
(solo in caso di effettiva emissione della polizza da parte della Ditta aggiudicataria)**