

LOTTO 2 – CIG A016943036
Capitolato tecnico dell'assicurazione contro
gli infortuni professionali ed
extraprofessionali del direttore generale
(Infortuni Dirigente)

S.E.A.B. Società Ecologica Area Biellese S.p.A.
Via T. Galimberti 10/A, n. 14 - 13900 - BIELLA (BI)
P.IVA/C.F. 02132350022

Durata del contratto
Decorrenza ore 24.00 del 31/12/2023 Scadenza ore
24.00 del 31/12/2024
con facoltà di proroga fino alle 24.00 del 31/12/2025

PREMESSA

Rimane convenuto che si intendono operanti solo le presenti norme. La firma apposta dalla Contraente su modelli a stampa forniti dalla Società Assicuratrice vale solo quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio tra le Società partecipanti all'Associazione temporanea di imprese (se esistente).

SEZIONE I - DEFINIZIONI

Nel testo che segue, si intende per:

Azienda o Amministrazione o Ente: S.E.A.B. S.p.A., Contraente della polizza;

Assicurato: il soggetto il cui interesse é protetto dalla assicurazione;

Contraente: il soggetto che stipula l'assicurazione (S.E.A.B. S.p.A.)

Attività dell'Azienda / Attività assicurata: l'esercizio delle attività e competenze previste e/o consentite e/o delegate da Leggi, regolamenti, dal proprio Statuto o altri atti amministrativi, e quindi anche in virtù di convenzioni, e le attività accessorie, complementari, connesse e collegate, preliminari e conseguenti alle principali, nessuna esclusa e comunque svolte, anche congiuntamente con altri, e/o partecipando ad altri Enti, Consorzi, Società, e/o avvalendosi di terzi o loro strutture, e/o affidando a terzi l'utilizzo di proprie strutture;

Società: la Compagnia assicuratrice e le eventuali mandanti o coassicuratrici nonché, laddove presenti, le Agenzie delle stesse (in gestione diretta o in economia) alle quali viene assegnato il contratto;

Broker incaricato: L'Arca Consulenza Assicurativa di Gianni Coda & S.A.S. – con sede in Aosta, Viale Gran San Bernardo 10 - 11100 AOSTA – mandatario incaricato dal Contraente per la gestione ed esecuzione del contratto, quale intermediario ai sensi dell'art. 109 comma 2 lett. b) del D.Lgs. n. 209/2005.

Assicurazione: il contratto di assicurazione;

Polizza: il documento che prova e regola la assicurazione;

Franchigia: la parte di danno che l'assicurato tiene a suo carico e che per ciascun sinistro viene dedotta dall'indennizzo. Nel caso di franchigia assoluta, gli importi di danno inferiori alla franchigia non sono rimborsabili e quelli superiori sono ridotti della misura della franchigia;

Sinistro: l'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione;

Indennizzo: la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro;

Liquidazione del danno: la determinazione della somma rimborsabile a titolo di indennizzo;

Annualità assicurativa o periodo assicurativo: il periodo compreso tra la data di effetto e la data di prima scadenza annuale, o tra due date di scadenza annuale tra loro successive, o tra l'ultima data di scadenza annuale e la data di cessazione della assicurazione;

Infortunio: l'evento avvenuto per causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche o patologie oggettivamente constatabili;

Malattia: l'alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio;

Malattia professionale: la malattia rientrante nelle tabelle Industria annesse al DPR n. 1124/1965 e s.m.i.;

Invalidità permanente: la perdita della capacità generica ad attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla propria professione (invalidità assoluta), o la riduzione irrimediabile e definitiva della capacità ad attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo (invalidità parziale); rientrano nella definizione di invalidità permanente assoluta anche le invalidità che, indipendentemente dal grado, siano tali da non consentire la prosecuzione del rapporto di lavoro in essere;

Inabilità temporanea: l'impedimento temporaneo generale (inabilità assoluta) o la limitazione (inabilità parziale) all'esercizio delle attività svolte dall'assicurato;

Ospedale, clinica, casa o istituto di cura: la struttura autorizzata, in base alla normativa vigente, al ricovero di pazienti e/o alla assistenza sanitaria con degenza diurna. Non rientrano in questa definizione le strutture termali, di convalescenza, di soggiorno, per le attività diverse da quelle di ricovero e/o di assistenza sanitaria;

Rischio professionale: l'evento o la patologia verificatosi durante o riconducibile allo svolgimento delle attività professionali e/o comunque riconducibile al rapporto con l'Azienda;

Rischio extra-professionale: l'evento o la patologia verificatosi durante o riconducibile a situazioni di tempo o di luogo che non possono essere ricondotte al rischio professionale;

Retribuzione o RAL: quanto, al lordo delle ritenute, è stato effettivamente e complessivamente percepito dall'assicurato a compenso delle sue prestazioni nei 12 mesi antecedenti quello in cui si è verificato l'evento indennizzabile ai sensi di polizza, con l'esclusione di quanto corrisposto a titolo di rimborso spese e di emolumenti a carattere eccezionale ma compreso l'equivalente di vitto e alloggio qualora dovuto.

SEZIONE II – CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1 - Durata del contratto

Il contratto ha la durata indicata in frontespizio e cesserà irrevocabilmente alla scadenza del detto periodo senza obbligo di disdetta e con esclusione del tacito rinnovo.

Ove sia ritenuto conveniente e qualora ciò sia consentito in base alla normativa vigente, il Contraente ha la facoltà di richiedere alla Società, che s'impegna sin d'ora ad accettare incondizionatamente, la proroga del servizio, per un ulteriore anno, ai sensi dell'art. 120, comma 10, del D.Lgs. 36/2023, alle medesime condizioni normative ed economiche in corso. La richiesta è formulata con preavviso di almeno tre mesi prima della scadenza.

Inoltre, su espressa richiesta scritta del Contraente, al fine di consentire l'espletamento della procedura per l'aggiudicazione di un nuovo contratto, si intende operante quanto previsto ai sensi dell'art. 120, comma 11, del D.Lgs. 36/2023.

Nel caso di contratto di durata poliennale, ciascuna delle parti ha la facoltà di rescindere il contratto medesimo a ogni scadenza annua intermedia, mediante comunicazione scritta, da inviarsi all'altra

parte almeno 90 giorni prima della scadenza del periodo assicurativo annuo in corso. In caso di recesso da parte della Società, previa richiesta del Contraente, la stessa è obbligata a concedere una proroga per un periodo massimo di 120 giorni.

Art. 2 - Gestione del contratto - Clausola Broker

Il Contraente dichiara di avvalersi, per la gestione e l'esecuzione del presente contratto - ivi compreso il pagamento dei premi - dell'assistenza e della consulenza del broker. Pertanto, a parziale deroga delle norme che regolano l'assicurazione, il Contraente e la Società si danno reciprocamente atto che ogni comunicazione inerente l'esecuzione del presente contratto – con la sola eccezione di quelle riguardanti la cessazione del rapporto assicurativo - dovrà essere trasmessa, dall'una all'altra parte, unicamente per il tramite del Broker.

Per effetto di tale pattuizione ogni comunicazione fatta alla Società dal Broker, in nome e per conto del Contraente, si intenderà come fatta da quest'ultimo e, parimenti, ogni comunicazione inviata dalla Società al Broker si intenderà come fatta al Contraente. Resta inteso che il Broker gestirà in esclusiva per conto del Contraente il contratto sottoscritto, per tutto il permanere in vigore dell'incarico di brokeraggio, con l'impegno del Contraente a comunicarne alla Società l'eventuale revoca ovvero ogni variazione del rapporto che possa riguardare il presente contratto. Non viene meno il potere della Contraente di corrispondere direttamente i premi o di formulare comunicazioni direttamente alla compagnia.

La Società, inoltre, riconosce che il pagamento dei premi e delle eventuali regolazioni potrà essere fatto, come di norma sarà effettuato, dal Contraente tramite il Broker sopra designato; resta intesa l'efficacia liberatoria, anche a termine dell'art. 1901 c.c, del pagamento così effettuato. Con ciò non è esclusa la possibilità del contraente di corrispondere direttamente i premi.

Il Broker invierà alla Società, a mezzo e-mail o pec le relative comunicazioni d'incasso e la Società riterrà valida agli effetti della copertura assicurativa la data di spedizione risultante dalla data di invio della comunicazione.

I premi incassati dal Broker verranno versati alla Società entro il giorno 10 del mese successivo a quello dell'incasso, fermi restando i termini temporali della copertura.

Art. 3 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e buona fede

In deroga agli artt. 1892, 1893 e 1894 Cod. Civ. si conviene che la mancata o inesatta comunicazione da parte del Contraente o dell'Assicurato di circostanze che influiscono o avrebbero influito sulla valutazione del rischio da parte della Società, non comporta la decadenza del diritto all'indennizzo, sempreché il Contraente non abbia agito con dolo.

In tal caso la Società rinuncia ad esercitare le azioni di annullamento e di recesso dal contratto ed ha la facoltà di richiedere la differenza di premio corrispondente al maggior rischio non valutato per effetto di circostanze non note, a decorrere dal momento in cui la circostanza si è verificata. Il Contraente ha la facoltà di accettare o rifiutare la richiesta di sovrappremio proposta dandone comunicazione alla Società entro 30 giorni.

In caso di mancata accettazione ovvero nel caso in cui tale termine sia decorso infruttuosamente, la Società potrà recedere dal contratto nei termini previsti dall'articolo 5 "Facoltà di recesso dal contratto".

Art. 4 - Aggravamento del rischio

Il Contraente è tenuto a dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio (art. 1898 Cod. Civ.).

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.

Si conviene tuttavia che, l'omissione o l'inesatta dichiarazione da parte del Contraente di circostanze eventualmente aggravanti il rischio, così come l'aggravamento del rischio conseguente a disposizioni di leggi, di regolamenti e di atti amministrativi, o a mutamenti negli orientamenti della giurisprudenza di merito e legittimità non pregiudicano il diritto dell'Assicurato a percepire l'intero indennizzo, sempreché tali omissioni o inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo.

In tal caso la Società rinuncia alla facoltà di recedere dal contratto e può richiedere la differenza di premio corrispondente al maggior rischio non valutato per effetto di circostanze non note, a decorrere dal momento in cui la circostanza si è verificata. Il Contraente ha la facoltà di accettare o rifiutare la richiesta di sovrappremio proposta dandone comunicazione alla Società entro 30 giorni.

In caso di mancata accettazione ovvero nel caso in cui tale termine sia decorso infruttuosamente, la Società potrà recedere dal contratto nei termini previsti dall'articolo 5 "Facoltà di recesso dal contratto".

Art. 5 - Facoltà di recesso dal contratto

La Società ha facoltà di recedere dal contratto nei casi previsti agli articoli 3 "Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e buona fede", ultimo capoverso e 4 "Aggravamento del rischio", ultimo capoverso con un preavviso non inferiore a 90 giorni.

Nei 30 giorni successivi al termine di tale periodo la Società rimborserà al Contraente il rateo di premio per il periodo non fruito, al netto delle imposte.

Qualora invece il contratto abbia una scadenza intermedia (di rata o anniversaria) ricadente nel periodo di copertura successivo al ricevimento dell'avviso di recesso, la Società emetterà una appendice, sostitutiva di quietanza, riportante l'importo di premio che il Contraente dovrà corrispondere (nei termini di cui all'art. 9 "Pagamento del premio – Termini di rispetto") per il periodo decorrente da tale data di scadenza intermedia fino alla data di cessazione dell'Assicurazione, calcolato in misura pari a 1/365 del premio annuale per ogni giorno di copertura.

Art. 6 - Diminuzione del rischio

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre proporzionalmente il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente (art. 1897 Cod. Civ.) e rinuncia al relativo diritto di recesso. Si conviene, altresì, che la diminuzione del premio conseguente a casi previsti da detto articolo, sarà immediata e la Società corrisponderà la relativa quota di premio pagata e non goduta, escluse le imposte, entro 60 giorni dalla comunicazione. È data inoltre facoltà al Contraente di effettuare il pagamento del premio di regolazione disposto dal corrispondente articolo di polizza e di eventuali variazioni contrattuali entro 60 giorni dalla data di ricezione delle appendici.

Art. 7 - Cessazione del rischio

Nel caso di cessazione del rischio durante il periodo assicurativo, il Contraente è tenuto a comunicare alla Società la cessazione medesima e la Società rimborserà l'eventuale rateo di premio pagato e non goduto (al netto delle imposte) al Contraente dalla data della predetta comunicazione di cessazione; viceversa, qualora il premio non fosse stato ancora pagato, il Contraente corrisponderà quanto eventualmente tenuto a pagare alla Società sino alla data di cessazione, ratei e regolazioni comprese.

Art. 8 - Dolo e colpa grave

Le prestazioni del contratto sono efficaci anche qualora il sinistro sia causato da comportamenti gravemente colposi ai sensi dell'art. 1900 C.C., del Contraente, dell'Assicurato, del Beneficiario nonché da comportamenti dolosi o gravemente colposi delle persone di cui il Contraente deve rispondere a norma di legge.

La Società rinuncia al diritto di surrogazione derivante dall'art. 1916 del Codice Civile, nei confronti di Amministratori e Dipendenti del Contraente, salvo il caso in cui il danno sia ascrivibile a dolo o colpa grave giudizialmente accertata dalla Corte dei Conti con sentenza passata in giudicato.

Art. 9 - Pagamento del premio - Termini di rispetto

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza, anche in pendenza del pagamento del premio di prima rata sempre che detto pagamento, in deroga all'art. 1901 c.c., avvenga entro i 60 giorni successivi. In caso contrario l'assicurazione avrà effetto dalle ore 24 del giorno di pagamento.

Se il Contraente non paga i premi per le rate successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 60° giorno dopo quello della rispettiva scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze e il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti (art. 1901 c.c.).

I premi potranno essere pagati alla Società o all'agenzia alla quale è assegnata la polizza, anche per il tramite del Broker incaricato.

Il termine temporale concesso per i pagamenti dei premi di prima rata e delle rate successive deve intendersi operante anche relativamente alle appendici di variazione emesse a titolo oneroso, fermo quanto eventualmente diversamente normato d'apposita clausola di regolazione del premio, ove prevista.

Il termine di mora di cui sopra, in deroga all'art 1901 c.c., vale anche per le scadenze delle rate successive e, inoltre, qualora il Contraente si avvalga della facoltà di ripetizione del servizio o proroga.

Ai sensi dell'art. 48 del DPR 602/1973 la Società da atto che l'Assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuate dal Contraente ai sensi del D.M.E.F. del 18 Gennaio 2008 n. 40, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'art. 3 del Decreto.

Inoltre 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. 10 - Costituzione e regolazione del premio

Il premio di polizza è calcolato moltiplicando l'aliquota pro-mille ovvero il premio pro-capite convenuti per ciascun parametro previsto in polizza ed è costituito da una rata pagata anticipatamente calcolata sulla base dei dati forniti al perfezionamento del contratto e da regolazioni annuali attive calcolate sulla base dei dati consuntivi. Il Contraente fornirà alla Società entro i 90 giorni successivi alla scadenza di ogni Periodo Assicurativo i dati necessari ai fini della regolazione del premio dell'annualità precedente.

Si conviene che, ove il Contraente abbia in buona fede fornito indicazioni inesatte od incomplete, la Società riconoscerà comunque la piena validità del contratto, fatto salvo il suo diritto a richiedere l'eventuale quota di premio non percepita.

Art. 11 - Assicurazione per conto di chi spetta

L'assicurazione è prestata in nome proprio e nell'interesse di chi spetta. In caso di sinistro però i terzi interessati non avranno ingerenza nella nomina dei periti, rimanendo stabilito e convenuto che le azioni, ragioni e diritti sorgenti dall'Assicurazione stessa non potranno essere esercitati che per il tramite del Contraente.

Art. 12 - Ispezione della Società

La Società ha sempre diritto di visionare atti, documenti e beni pertinenti l'Assicurazione e il Contraente e l'Assicurato hanno l'obbligo di fornire tutte le occorrenti indicazioni ed informazioni. L'ispezione potrà essere svolta da dipendenti della Società stessa o da altri soggetti dalla stessa incaricati purché benevisi alla Contraente, con oneri da porsi per intero a carico della Società.

Art. 13 - Riferimento alle norme di legge

Unicamente per quanto costituisce integrazione necessaria e compatibile col presente capitolato normativo e - in ogni caso - per quanto regolamentato in senso più favorevole al Contraente e/o Assicurato, si fa espresso rinvio alle condizioni di assicurazione depositate dalla Società - in osservanza alle disposizioni del Codice delle Assicurazioni e dei relativi regolamenti - che la Società è tenuta ad allegare al contratto.

Ciò premesso, la Società prende atto che in caso di dubbia interpretazione delle norme contrattuali verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole per il Contraente e/o l'Assicurato.

Per quanto non qui diversamente regolato, valgono le norme legislative e regolamentari vigenti.

Art. 14 - Interpretazione del contratto

Il presente capitolato normativo abroga e sostituisce ogni diversa previsione degli stampati della Società eventualmente uniti all'assicurazione, restando convenuto che la firma apposta dal Contraente sui detti stampati vale esclusivamente quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio fra le Società eventualmente partecipanti alla coassicurazione. Ciò premesso, si conviene fra le parti che in caso di dubbia interpretazione delle norme contrattuali verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole al Contraente/Assicurato.

Art. 15 - Foro competente

Per quanto non previsto dalle presenti condizioni contrattuali valgono unicamente le norme stabilite dalla legge italiana, alla quale si fa rinvio per tutto quanto non è qui diversamente regolato. Per le controversie riguardanti l'applicazione e l'esecuzione della presente polizza è competente in via esclusiva il Foro del luogo ove ha sede il Contraente. E' espressamente esclusa la competenza arbitrale.

Art. 16 - Denuncia di sinistro

La denuncia del sinistro verrà effettuata per iscritto dal Contraente o dall'Assicurato per il tramite del Contraente al Broker o alla Società entro 30 giorni lavorativi, da quando ne sia venuto a conoscenza.

La denuncia conterrà una descrizione dettagliata del fatto cui la richiesta scritta si riferisce, la data, il luogo, l'indicazione delle cause e delle conseguenze se conosciute, le generalità e recapito delle persone interessate e di eventuali testimoni, e sarà corredata di copia di tutta la documentazione

relativa eventualmente in loro possesso; saranno altresì trasmessi quanto prima alla Società anche gli atti, documenti e notizie relativi al sinistro, di cui il Contraente sia venuto in possesso successivamente alla denuncia.

Art. 17 - Facoltà di recesso in caso di sinistro

Dopo ogni denuncia di sinistro e sino al 60° giorno successivo al pagamento o rifiuto dell'indennizzo, ciascuna delle parti può recedere dal contratto previa comunicazione all'altra con lettera raccomandata A.R. In tale caso la copertura assicurativa rimarrà efficace per ulteriori 120 giorni dal ricevimento dell'avviso di recesso da una delle parti.

Nei 30 giorni successivi al termine di tale periodo la Società rimborserà al Contraente il rateo di premio per il periodo non fruito, al netto delle imposte. Qualora invece il contratto abbia una scadenza intermedia (di rata o anniversaria) ricadente nel periodo di copertura successivo al ricevimento dell'avviso di recesso, la Società emetterà una appendice, sostitutiva di quietanza, riportante l'importo di premio che il Contraente dovrà corrispondere (nei termini di cui all'art. 9 "Pagamento del premio – Termini di rispetto") per il periodo decorrente da tale data di scadenza intermedia fino alla data di cessazione dell'Assicurazione, calcolato in misura pari a 1/365 del premio annuale per ogni giorno di copertura.

Art. 18 - Oneri fiscali/Cauzione definitiva

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

Alla Compagnia Assicuratrice, ai sensi dell'art. 53 comma 4 e dell' art. 117 del D.Lgs. 36/2023, è richiesta la garanzia definitiva per l'esecuzione del contratto nella misura del 5% dell'importo contrattuale.

La garanzia può essere prestata nelle forme di cui all'art. 117 comma 1 del D.Lgs. 36/2023 ed è soggetta alle riduzioni di cui all'art. 106 c. 8 previste per la garanzia provvisoria.

In caso di escussione totale o parziale della cauzione definitiva prestata, la stessa dovrà essere automaticamente reintegrata dalla Compagnia assicuratrice entro il termine di 15 giorni naturali e consecutivi dalla riduzione stessa.

Art. 19 - Assicurazione presso diversi Assicuratori - Altre assicurazioni

In deroga a quanto disposto dall'art. 1910 C.C il Contraente e gli assicurati sono esonerati dall'obbligo di comunicare alla Società l'esistenza e/o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio. Fermo restando che in caso di sinistro, il Contraente e gli assicurati devono darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, e la Società risponderà nella misura risultante dall'applicazione dell'art. 1910 C.C., rinunciando al diritto di recesso.

Se al tempo del sinistro esistono altre assicurazioni stipulate dall'Assicurato o da terzi, sulle stesse cose o per gli stessi rischi, la Società risponde dei danni subiti dalle cose assicurate per quanto coperto con la presente polizza, ma non coperto dalle altre, fino alla concorrenza dei massimali previsti dalla presente polizza.

Art. 20 – Coassicurazione (operante se del caso)

Se l'assicurazione è ripartita per quote tra più Società coassicuratrici/associate rimane stabilito che:

- in deroga al disposto dell'art. 1911 del Codice Civile, tutti i coassicurati saranno responsabili *in solido* nei confronti del contraente; la delegataria sarà tenuta, in ogni caso, ad assolvere direttamente e per intero tutte le obbligazioni contrattuali assunte nei confronti del contraente e/o degli aventi diritto;

- tutte le comunicazioni inerenti al contratto, ivi comprese quelle relative al recesso e alla disdetta, devono trasmettersi dall'una all'altra parte unicamente per il tramite della Società coassicratrice Delegataria e del Contraente e ogni comunicazione si intende data o ricevuta dalla Società Delegataria anche nel nome e per conto di tutte le Coassicuratrici;
- i premi di polizza verranno corrisposti dal Contraente nei confronti della Società Delegataria per conto di tutte le coassicuratrici.

Con il presente contratto le Coassicuratrici conferiscono mandato alla Società Delegataria per firmare i successivi documenti contrattuali e compiere tutti i necessari atti di gestione anche in loro nome e per loro conto; pertanto, la firma apposta sui detti documenti dalla società Delegataria li rende validi a ogni effetto anche per le coassicuratrici (per le rispettive quote), senza che da queste possano essere opponibili eccezioni o limitazioni di sorta.

Compagnia _____ Quota _____ % - Delegataria

Compagnia _____ Quota _____ %

Compagnia _____ Quota _____ %

Relativamente ai premi scaduti, la delegataria potrà sostituire le quietanze delle Società coassicuratrici, eventualmente mancanti, con altra propria rilasciata in loro nome e per loro conto.

Art. 21 Informativa sui sinistri e penali

La Società, a semplice richiesta del Contraente ed entro 20 (venti) giorni dal ricevimento della stessa, si impegna a fornire al Contraente il dettaglio dei sinistri così suddiviso:

- a) sinistri denunciati;
- b) sinistri riservati (con indicazione dell'importo a riserva);
- c) sinistri liquidati (con indicazione dell'importo liquidato);
- d) sinistri senza seguito;
- e) sinistri respinti;
- f) sinistri relativamente ai quali la Società ha effettuato rivalsa nei confronti di terzi responsabili con indicazione dell'importo.
- g) indicazione della garanzia interessata dal sinistro

La documentazione di cui sopra dovrà essere fornita al Contraente mediante supporto informatico compatibile e utilizzabile dal Contraente stesso.

Gli obblighi precedentemente descritti devono intendersi validi fino alla completa definizione dei sinistri denunciati.

La Società si impegna a fornire ogni altra informazione disponibile, relativa al contratto assicurativo in essere che il Contraente, d'intesa con la Società, ritenga utile acquisire nel corso della vigenza del contratto. Al riguardo il Contraente deve fornire adeguata giustificazione.

In caso di mancato rispetto di quanto sopra previsto, in assenza di adeguate motivazioni legate a causa di forza maggiore, l'Impresa Assicuratrice dovrà corrispondere al Contraente una penale di importo pari all'1 per mille del contratto per ogni giorno solare di ritardo. Le penali applicate non possono superare complessivamente il valore del 10% dell'importo del contratto. L'applicazione delle eventuali penali è garantita dalla cauzione definitiva. In caso di incapienza della cauzione definitiva, è fatto salva la facoltà del Contraente di ricorrere ai rimedi civilistici ordinari. E' salva altresì la facoltà del Contraente di trattenere l'importo delle penali dal primo premio utile da versare.

Per gli adempimenti relativi alle informazioni da fornirsi successivamente alla data di scadenza del contratto, l'applicazione delle eventuali penali è garantita dalla cauzione definitiva che non potrà quindi essere svincolata fino al termine del periodo assicurativo e comunque fino alla completa trasmissione delle informazioni di cui al comma 1 del presente articolo.

Art. 22 - Tracciabilità dei flussi finanziari

La Società, il Broker nonché ogni altra Impresa a qualsiasi titolo interessata al presente contratto sono impegnate a osservare gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari in ottemperanza a quanto previsto dalla Legge 13 agosto 2010 n. 136 e s.m.i.

I soggetti di cui al paragrafo che precede sono obbligati a comunicare alla Stazione appaltante gli estremi identificativi dei conti correnti bancari o postali dedicati, anche se in via non esclusiva, alle movimentazioni finanziarie relative al presente contratto, unitamente alle generalità e al codice fiscale dei soggetti abilitati ad operare su tali conti correnti.

Tutte le movimentazioni finanziarie di cui al presente contratto dovranno avvenire – salve le deroghe previste dalla normativa sopra citata - tramite bonifico bancario o postale (Poste Italiane SpA) e riportare, relativamente a ciascuna transazione, il Codice Identificativo di Gara (CIG) specificato nella procedura di gara.

Il mancato assolvimento degli obblighi previsti dall'art. 3 della citata Legge n. 136/2010 costituisce causa di risoluzione del contratto, ai sensi dell'art. 1456 cc e dell'art. 3, c. 8 della Legge.

Art. 23 - Trattamento dei dati

Ai sensi della legge n. 196/2003, del successivo reg.to UE 2016/679 e ss.mm.ii., ciascuna delle parti consente il trattamento dei dati personali rilevabili dalla polizza o che ne derivino, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali.

Art. 24 - Clausole vessatorie

L'indicazione delle clausole che necessitano della specifica approvazione per iscritto ex artt. 1341 e 1342 del c.c. è a carico della Società, che dovrà provvedervi in sede di emissione dei documenti contrattuali, e comunque non oltre la data di effetto della polizza.

SEZIONE III – CONDIZIONI PARTICOLARI DELL'ASSICURAZIONE

Art. 25 - Soggetti assicurati

Si intendono assicurati con la presente polizza i soggetti di cui alle seguenti categorie:

- il Dirigente (Direttore Generale)

Art. 26 - Oggetto dell'assicurazione

Oggetto dell'assicurazione sono gli infortuni occorsi agli assicurati indicati all'art 25 "Soggetti assicurati", dai quali derivi:

1. la morte, o
2. una invalidità permanente assoluta o parziale, e/o
3. esborsi per cure mediche / ricoveri in istituti di cura.

Costituiscono oggetto dell'assicurazione anche le malattie professionali (come definite dal DPR n. 1124/1965 e s.m.i.) dalle quali derivi una invalidità permanente assoluta o una invalidità permanente parziale di grado pari o superiore al 10% (dieci per cento).

Relativamente alla presente sezione il premio si intende così suddiviso:

- 70% del premio al rischio professionale
- 30% del premio al rischio extra professionale

Art. 27 - Efficacia della copertura assicurativa – Limiti territoriali

La copertura assicurativa si riferisce agli infortuni, senza limiti territoriali e anche se verificatisi non in occasione o in conseguenza dell'espletamento del rapporto di lavoro con l'Azienda o a esso correlati, nonché alle malattie contratte per causa di servizio, compresi quindi i trasferimenti, le missioni e il tragitto per, da e/o tra il/i luogo/i di lavoro (rischio professionale e rischio extra-professionale).

Sono altresì compresi gli infortuni subiti nello svolgimento di ogni altra attività che non abbia carattere professionale (rischio extra-professionale).

Art. 28 - Liquidazione del danno

1. In caso di evento mortale la Società liquiderà ai beneficiari (specificati dall'assicurato o, in mancanza, ai suoi eredi legittimi e/o testamentari) un importo pari a 5 (cinque) volte la retribuzione annua spettante all'assicurato alla data dell'evento.
2. In caso di invalidità permanente, la determinazione dell'indennità avverrà:
 - a) valutando il grado di invalidità tramite accertamenti medici e sulla base delle tabelle e dei criteri di valutazione di cui al DPR n. 1124/65 e s.m.i., restando convenuto che:
 - qualora l'evento colpisca una persona la cui integrità fisica od attitudine al lavoro risultino ridotte per effetto di una preesistente inabilità fisica permanente e parziale, la valutazione del grado di invalidità sarà determinata dal rapporto espresso da una frazione in cui il denominatore è rappresentato dal grado di integrità preesistente (100% detratta la percentuale di inabilità preesistente) ed il numeratore dalla differenza fra il grado di integrità preesistente ed il grado di integrità fisica residua dopo il verificarsi dell'evento;
 - b) determinando e liquidando l'indennità in misura pari:
 - all'importo corrispondente a 6 (sei) volte la retribuzione annua, qualora l'evento abbia per conseguenza una invalidità permanente assoluta,
 - all'importo ottenuto applicando il grado di invalidità accertato all'importo spettante per il caso di invalidità permanente assoluta, qualora l'evento abbia per conseguenza una invalidità permanente parziale.

Anche a parziale deroga di quanto previsto in altre parti della presente polizza, si conviene tra le parti che:

- qualora il grado di invalidità permanente sia tale da non consentire all'Assicurato la prosecuzione di una attività lavorativa e/o di grado pari o superiore al 50%, l'indennizzo spettante all'Assicurato verrà conteggiato sulla base di un grado di invalidità permanente pari al 100%,
 - l'importo massimo liquidabile in caso di morte, è pari a euro 1.000.000,00
 - l'importo massimo liquidabile in caso di invalidità permanente, è pari a euro 1.200.000.
3. In caso di infortunio verranno rimborsate, fino alla concorrenza per evento e anno assicurativo dell'importo indicato per questo caso, le spese di cura sostenute quali, a titolo esemplificativo e non limitativo:
 - spese di ricovero, rette di degenza,
 - onorari dei chirurghi e dell'equipe operatoria,
 - uso della sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi terapeutici, protesici e endoprotesi applicati durante l'intervento,
 - esami, esami di laboratorio, accertamenti diagnostici,
 - trattamenti fisioterapici e rieducativi, bagni, forni e altre cure mediche occorrenti,

- trasporto dell'assicurato in ospedale o in clinica e il ritorno a casa effettuato con ambulanza e/o mezzi speciali di soccorso,
- prestazioni mediche e infermieristiche, medicinali, sangue, plasma, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari e attrezzature similari.

La Società effettuerà i rimborsi, previa presentazione dei documenti giustificativi di spesa in originale, a cura ultimata.

Art. 29 - Estensioni della copertura

- a. L'assicurazione, nell'ambito di quanto previsto dall'art. 27 "Efficacia della copertura assicurativa - Limiti territoriali", comprende anche – a titolo esemplificativo e non limitativo - gli infortuni conseguenti a o derivanti da:
- imprudenze e negligenze anche gravi
 - malore ed incoscienza, purché non determinati da uso di sostanze stupefacenti o simili assorbite per scopi non terapeutici
 - tumulti popolari, atti di pirateria, atti terroristici, aggressioni, atti violenti e/o azioni coercitive di terzi qualunque ne sia il movente
 - calamità naturali
 - stati di guerra (dichiarata o non dichiarata) per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero in un Paese sino ad allora non in stato di guerra,
- nonché:
- annegamento ed asfissia di natura accidentale
 - avvelenamento da ingestione o l'assorbimento subitaneo di sostanze nocive
 - contatto con corrosivi
 - lesioni, compresa l'ernia ma esclusi gli infarti, determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico
 - folgorazione, i colpi di sole o di calore, l'assideramento o il congelamento
 - influenze termiche e atmosferiche
 - morsi di animali o punture di insetti.
- b. Le garanzie di polizza sono valide ed efficaci anche nei confronti di tutte le manifestazioni patologiche, sia immediate che verificatesi entro 180 giorni dall'infortunio, in diretto nesso causale con esso purché non causate e/o concausate da situazioni patologiche preesistenti anche se sconosciute all'assicurato.
- c. Per il caso morte, qualora il decesso avvenga in una località diversa da quella della sede di lavoro o della residenza dell'Assicurato, la Società rimborserà altresì fino alla concorrenza di euro 5.000,00 le spese necessarie per il trasporto della salma fino alla residenza dell'Assicurato.
- d. Qualora, in seguito ad infortunio determinato da un medesimo evento da cui derivi la morte dell'Assicurato, ai figli minori o eventualmente inabili – se beneficiari - sarà liquidata una ulteriore indennità pari alla somma spettante agli stessi, con il limite unitario di euro 150.000,00.
- e. In caso di morte presunta dell'assicurato l'importo verrà liquidato dopo che siano trascorsi sei mesi dall'avvenuta presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta e ciò anche se il corpo dell'assicurato non é stato ritrovato ma si presume che il decesso sia avvenuto a seguito di infortunio; qualora la Società abbia pagato l'indennità dovuta e dopo ciò risulti che

l'assicurato sia vivo, la stessa avrà diritto alla restituzione della somma liquidata e a restituzione avvenuta l'assicurato potrà far valere i propri diritti nel caso di invalidità permanente.

- f. Per il caso di invalidità permanente, qualora la Società abbia liquidato o comunque offerto in misura determinata l'indennizzo per l'invalidità permanente da infortunio e l'assicurato sia deceduto entro due anni dall'evento, in conseguenza di questo, la Società pagherà agli aventi diritto, secondo le norme della successione legittima o testamentaria, la differenza tra questo e l'indennizzo determinato per il caso morte, se superiore, e nulla richiedendo in caso contrario.
- g. Sono comprese in garanzia le spese per cure, interventi chirurgici ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre o eliminare le conseguenze di danni estetici provocati da infortunio, fino alla concorrenza di euro 3.000,00 per evento.
- h. Qualora l'Assicurato venga ritenuto non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera del luogo ove é avvenuto l'infortunio, la Società rimborsa inoltre fino alla concorrenza di euro 3.000,00 per evento le spese di trasferimento con il mezzo più idoneo al centro ospedaliero attrezzato per la cura dell'Assicurato più vicino alla sua residenza.

Art. 30 - Invalidità permanente

Per il caso di invalidità permanente, qualora il grado di invalidità sia tale da non consentire all'Assicurato la prosecuzione di una attività lavorativa e/o sia di grado pari o superiore al 50%, l'indennizzo spettante all'Assicurato verrà conteggiato sulla base di un grado di invalidità permanente pari al 100%

Art. 31 - Malattie professionali

Costituiscono oggetto dell'assicurazione anche le malattie professionali (come definite dal DPR n. 1124/1965 e s.m.i.) dalle quali derivi una invalidità permanente assoluta o una invalidità permanente parziale di grado pari o superiore al 10% (dieci per cento).

In tali casi, quindi, ai fini dell'operatività delle garanzie di polizza e della determinazione degli indennizzi il termine "Infortunio" deve intendersi sostituito dal termine "Malattia professionale".

Art. 32 - Franchigia su invalidità permanente

Si dà atto che la garanzia di invalidità permanente relativa per il solo rischio extra professionale è soggetta ad una franchigia assoluta pari al 3%.

Art. 33 - Rischio volo

In caso di infortunio subito in occasione di viaggio aereo (comprese le fasi di imbarco e di sbarco e intendendo in garanzia il viaggio solo se effettuato dall'assicurato in qualità di passeggero a bordo di velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linea aerea regolare e non regolare, di aerotaxi, di Autorità civili e militari in occasione di traffico civile, di ditte e privati – esclusi aeroclubs - per attività turistica e di trasferimento, nonché di società di lavoro aereo durante il trasporto pubblico di passeggeri), qualora l'evento riguardi più assicurati a bordo dell'aeromobile la somma degli indennizzi spettanti non potrà superare complessivamente per aeromobile euro 6.000.000,00 per il caso di morte e euro 6.000.000,00 per invalidità permanente; superando questo limite, le indennità spettanti verranno proporzionalmente ridotte.

Con riferimento a tale rischio aeronautico e a parziale deroga di quanto previsto agli articoli "Estensioni di copertura" relativamente all'efficacia della copertura assicurativa riguardante gli stati di guerra, si conviene tra le parti che essa é efficace anche per i sorvoli e/o le soste non voluti dall'assicurato in zone in stato di guerra (per guasti, dirottamenti o altre circostanze similari).

Art. 34 - Cumulo degli indennizzi

In caso di infortunio sofferto contemporaneamente da più Assicurati a causa del medesimo evento, il limite massimo di indennizzo a carico della Società non potrà essere superiore a euro 10.000.000,00 (diecimilioni/00).

Superando detto limite, gli indennizzi spettanti a ciascun Assicurato verranno ridotti proporzionalmente.

Art. 35 - Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli eventi sofferti in conseguenza di:

- azioni delittuose - accertate con giudizio penale passato in giudicato - compiute o tentate dall'assicurato;
- trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni, non riconducibili a scopi scientifici e/o diagnostici connessi alle attività della Azienda;
- guerra od insurrezione, ad eccezione di quanto previsto dall'art. 29 "Estensioni della copertura" e dall'art. 33 "Rischio volo";
- guida di mezzi di locomozione aerei;
- guida di veicoli o natanti per cui l'assicurato non sia regolarmente abilitato;
- assunzione volontaria e non prescritta di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni.

Art. 36 - Modalità per la liquidazione dell'indennità

La Società, ricevuto il certificato medico di guarigione e/o i documenti giustificativi di spesa in originale, o la certificazione attestante il grado di invalidità o l'atto di morte, provvederà al pagamento delle indennità entro 60 giorni dal ricevimento di tali documenti.

Qualora l'infortunio indennizzabile ai sensi di polizza comporti una invalidità permanente di grado superiore al 20% (ventipercento), la Società porrà a disposizione dell'infortunato un terzo della indennità corrispondente al danno al momento valutato, con riserva di successivo accertamento e conguaglio; il pagamento di tale anticipazione avverrà entro 30 giorni dal ricevimento, da parte della Società, della certificazione medica da cui risulti l'entità presunta della invalidità.

Art. 37 - Controversie sulla definizione del danno

La determinazione della natura delle lesioni e la valutazione delle conseguenze dannose attribuibili all'evento sono effettuate dalla Società e dall'assicurato. A tal fine la Società invierà a quest'ultimo una proposta di indennità.

Qualora l'assicurato non intenda accettare la proposta pervenuta, la valutazione delle conseguenze attribuibili all'evento verrà, su domanda dello stesso, deferita ad un collegio di tre medici nominati uno dalla Società assicuratrice, uno dall'assicurato ed il terzo in accordo fra i primi due o, in difetto, dal Presidente dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove risiederà il collegio medico. Il collegio medico eleggerà la propria residenza nel Comune, sede di istituto di Medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'assicurato.

I medici, tenendo presenti le condizioni negoziali contenute nel presente contratto, decideranno a maggioranza. La loro decisione sarà impegnativa per le parti ed inappellabile anche in eventuale mancanza di sottoscrizione del medico dissenziente.

Art. 38 - Designazione dei beneficiari

La documentazione mediante la quale gli Assicurati designano i beneficiari dell'assicurazione verrà raccolta dalla Contraente e consegnata alla Società contestualmente al perfezionamento del presente contratto.

Sarà cura della Società conservare tali designazioni, attingendovi in caso di sinistro per la individuazione dei beneficiari dell'Assicurato coinvolto nel sinistro.

Alla scadenza del presente contratto, o in caso di cessazione della copertura per uno o più Assicurati, la Società provvederà a rendere le designazioni corrispondenti alla Contraente.

Art. 39 - Disposizione finale

Rimane convenuto che si intendono operanti solo le presenti norme dattiloscritte.

La firma apposta dalla Contraente su modelli a stampa forniti dalla Società Assicuratrice vale solo quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio tra le Società partecipanti alla associazione temporanea di imprese (se esistente).

Art. 40 - Limitazione della copertura per eventuali sanzioni

Le parti riconoscono che l'Italia adotta o è parte di organizzazioni internazionali che adottano provvedimenti di embargo o sanzionatori a carico di stati esteri che possono imporre restrizioni alla libertà delle parti di assumere dare esecuzione a obbligazioni contrattuali.

L'Assicuratore pertanto non corrisponderà alcun indennizzo in relazione a sinistri che derivino da una richiesta di risarcimento in qualsiasi modo riconducibile a cittadini, società o governi dei paesi contro i quali sono in essere sanzioni da parte dell'OFAC ("Office of Foreign Assets Control" del Dipartimento del tesoro degli Stati Uniti d'America).

L'Assicuratore non sarà tenuto a fornire copertura e non sarà obbligato a pagare alcun sinistro o fornire alcuna prestazione in virtù del presente contratto nella misura in cui la fornitura di tale copertura, pagamento di tale sinistro o fornitura di tale prestazione esporrebbe l'Assicuratore a qualsiasi sanzione, divieto o restrizione derivanti da risoluzioni delle Nazioni Unite o sanzioni economiche e commerciali, leggi o disposizioni dell'Unione Europea, Regno Unito o Stati Uniti d'America.

ELEMENTI PER IL CALCOLO DEL PREMIO PER COPERTURA INFORTUNI DIRIGENTI**N° 1 DIRIGENTE ASSICURATO**

	Capitale assicurato Caso Morte	Capitale Assicurato Invalidità Permanente da Infortunio o Malattia Professionale
Dirigente 1 – Importo retribuzione annua euro 150.000,00	5 volte la retribuzione annua MAX € 750.000,00 Rimborso spese di cura € 3.000,00	6 volte la retribuzione annua MAX € 900.000,00 (senza Franchigia) Tabella INAIL Rimborso spese di cura € 3.000,00