



Doc.

Capitolato di Polizza INFORTUNI
Professionali ed Extraprofessionali
Convenzione ANCI

CONTRAENTI	<p>ANCI Via dei Prefetti, 46 00186 Roma (RM) C.F. 80118510587</p> <p>IFEL Piazza di S. Lorenzo in Lucina, 26 00186 Roma (RM) C.F. 97413850583</p> <p>CITTALIA Via dei Prefetti, 46 00186 Roma (RM) C.F.08689441007</p> <p>COMUNICARE – ANCI COMUNICAZIONE ED EVENTI SRLU Via dei Prefetti, 46 00186 Roma (RM) C.F. 09917591001</p> <p>ANCIDIGITALE SPA Via dei Prefetti, 46 00186 Roma (RM) C.F. 15483121008</p>
DURATA DEL CONTRATTO	Dalle ore 00:00 del 01 Luglio 2024 Alle ore 24:00 del 30 Giugno 2028
TACITO RINNOVO	NO
RATEAZIONE DEL PREMIO	Il pagamento del premio sarà effettuato dal Contraente in rate semestrali alle scadenze del 30 Giugno e 31 Dicembre di ogni anno.
OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	Infortuni Professionali ed Extraprofessionali
VALUTA	Tutti gli importi del presente Capitolato si intendono in EURO

OGGETTO DELLA CONVENZIONE

Con la presente convenzione si intende garantire gli Infortuni Professionali ed Extraprofessionali delle Categorie di ciascun Contraente.

Le **Categorie** assicurate sono:

- A) AMMINISTRATORI (per i Contraenti di tipo Società)
- B) DIRIGENTI
- C) DIPENDENTI, QUADRI E GIORNALISTI

CONTRAENTI, CATEGORIE, CAPITALI ASSICURATI, TASSI E PREMI LORDI

ANCI

B) DIRIGENTI

	Multipli della retribuzione annua lorda	Con il massimo di €	Retribuzioni annue lorde €	Tasso lordo ‰	Premio annuo lordo €
Morte	5 volte	1.500.000,00	1.020.000,00	7,15	7.293,00
Invalità Permanente	6 volte	2.000.000,00			

C) DIPENDENTI

	Multipli della retribuzione annua lorda	Con il massimo di €	Retribuzioni annue lorde €	Tasso lordo ‰	Premio annuo lordo €
Morte	4 volte	750.000,00	4.794.000,00	5,85	28.044,90
Invalità Permanente	5 volte	1.000.000,00			

IFEL

C) DIPENDENTI

	Multipli della retribuzione annua lorda	Con il massimo di €	Retribuzioni annue lorde €	Tasso lordo ‰	Premio annuo lordo €
Morte	4 volte	750.000,00	2.376.422,00	5,85	13.902,07
Invalità Permanente	5 volte	1.000.000,00			

CITTALIA

B) DIRIGENTI

	Multipli della retribuzione annua lorda	Con il massimo di €	Retribuzioni annue lorde €	Tasso lordo ‰	Premio annuo lordo €
Morte	5 volte	1.500.000,00	385.672,00	7,15	2.757,55
Invalità Permanente	6 volte	2.000.000,00			

C) DIPENDENTI

	Multipli della retribuzione annua lorda	Con il massimo di €	Retribuzioni annue lorde €	Tasso lordo ‰	Premio annuo lordo €
Morte	4 volte	750.000,00	3.270.000,00	5,85	19.129,50
Invalità Permanente	5 volte	1.000.000,00			

ANCICOMUNICARE

A) AMMINISTRATORI

	Multipli della retribuzione annua lorda	Con il massimo di €	Retribuzioni annue lorde €	Tasso lordo ‰	Premio annuo lordo €
Morte	5 volte	1.500.000,00	70.000,00	7,15	500,50
Invalità Permanente	6 volte	2.000.000,00			

C) DIPENDENTI

	Multipli della retribuzione annua lorda	Con il massimo di €	Retribuzioni annue lorde €	Tasso lordo ‰	Premio annuo lordo €
Morte	4 volte	750.000,00	650.000,00	5,85	3.802,50
Invalità Permanente	5 volte	1.000.000,00			

ANCI DIGITALE

A) AMMINISTRATORI

	Multipli della retribuzione annua lorda	Con il massimo di €	Retribuzioni annue lorde €	Tasso lordo ‰	Premio annuo lordo €
Morte	5 volte	1.500.000,00	120.000,00	7,15	858,00
Invalità Permanente	6 volte	2.000.000,00			

PREMIO ANNUO LORDO (€) COMPLESSIVO ANTICIPATO DI CONVENZIONE	76.288,02
PREMIO SEMESTRALE LORDO (€) COMPLESSIVO ANTICIPATO DI CONVENZIONE	38.144,00

PREMESSA

Si precisa che per ogni Contraente/Assicurato viene emesso un certificato come da Allegato 1).

PRECISAZIONI

- Si conviene che in caso di sinistro nell'interpretazione delle condizioni verrà applicata la formulazione più favorevole per l'Assicurato.
- Per "Azienda", "Contraente" e "Assicurato" si deve intendere "Ente".

DEFINIZIONI (in ordine alfabetico)

Nel testo che segue, ai sottoindicati termini le Parti attribuiscono il significato qui precisato:

- 1) **Assicurato:** il soggetto il cui interesse è coperto dall'assicurazione, a cui spettano i diritti derivanti dalla polizza;
- 2) **Assicurazione:** la polizza di assicurazione stipulato tra Contraente e Società;
- 3) **Attività:** quella che l'Assicurato svolge in base al ruolo e alle mansioni che gli vengono affidate, comprese, a titolo non limitativo, quelle accessorie, complementari, connesse e collegate, preliminari e conseguenti alla principale, ovunque e comunque svolte;
- 4) **Beneficiario:** la persona alla quale la Società deve liquidare l'indennizzo in caso di morte o di invalidità permanente da infortunio dell'Assicurato;
- 5) **Contraente:** il soggetto che stipula l'Assicurazione e su cui gravano gli obblighi da essa derivanti;
- 6) **Dipendenti:** tutti coloro che con rapporto contrattuale con l'Assicurato, sono iscritti nei libri paga e per i quali il Contraente versa contributi assicurativi;
- 7) **Franchigia:** importo fisso che resta a carico dell'Assicurato sull'indennizzo;
- 8) **Indennizzo:** la somma dovuta dalla Società in caso di Sinistro;
- 9) **Infortunio:** l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche constatabili le quali abbiano per conseguenza la morte o una invalidità permanente o una inabilità temporanea;
- 10) **Polizza:** il documento che prova l'assicurazione;
- 11) **Premio:** la somma dovuta dal Contraente alla Società come corrispettivo dell'assicurazione;
- 12) **Sinistro:** il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa;
- 13) **Società:** l'impresa assicuratrice;
- 14) **Somma assicurata:** la somma che rappresenta il limite fino al quale la Società è obbligata.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Art. 1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento:

- delle attività professionali principali e secondarie dichiarate in polizza;
- in itinere;
- di ogni attività che non abbia carattere professionale.

Per “itinere” si intende il tragitto:

- dalla dimora abituale al lavoro e viceversa (sia prima e dopo l'orario di lavoro, che durante la pausa pranzo);
- dal luogo ai luoghi di ristoro per consumare il pranzo e per il pernottamento (diversa dalla dimora abituale), e viceversa;
- dalla dimora abituale e/o dal luogo di lavoro ad altro se il lavoratore presta servizio presso società o entità esterne (sedi della società diverse dalla propria sede di lavoro, clienti, fornitori, azionisti, sedi di meeting, convention, sedi corsi di formazione, etc);
- dal luogo di lavoro ad altro luogo durante il servizio prestato fuori dal normale orario di lavoro, purché il Contraente dichiari per iscritto che l'Assicurato svolgeva le sue mansioni su incarico del Contraente stesso.

A titolo esemplificativo e non limitativo, sono considerati infortuni:

- l'asfissia;
- gli avvelenamenti da ingestione di cibo o altre sostanze;
- il contatto con sostanze corrosive;
- l'assideramento o il congelamento;
- la folgorazione;
- i colpi di sole o di calore;
- le lesioni (esclusi gli infarti) determinate da sforzi;
- l'annegamento;
- le conseguenze di morsi di animali e rettili, nonché le relative alterazioni patologiche;
- le lesioni causate da infezioni acute obiettivamente accertate ed avvelenamenti che derivassero direttamente da punture di insetti e/o morsi di animali con esclusione della malaria e del carbonchio, ma con l'inclusione delle infezioni carbonchiose causate da ferite e/o abrasioni risarcibili a termini di polizza;

nonché gli infortuni derivanti all'Assicurato:

- da influenze termiche ed atmosferiche;
- da impossibilità di alimentarsi;
- da imprudenza, negligenza, colpa grave, per effetto di vertigini o in stato di maleore;
- da scariche elettriche, fulmini;
- da alluvioni, inondazioni, allagamenti, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, frane o valanghe, calamità naturali in genere;
- da aggressioni, rapine, attentati, tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismo a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva e volontaria;
- da azioni di dirottamento e pirateria aerea;
- in stato di ebbrezza, purché non alla guida di veicoli a motore;

- per le conseguenze di ernie traumatiche o da sforzo secondo quanto previsto dalla Condizione Aggiuntiva O);
- durante la guida di veicoli, imbarcazioni e/o motocicli di qualsiasi tipo e cilindrata;
- dalla pratica non professionale di qualsiasi sport, ad eccezione di quelli indicati nel successivo art. 2 (Infortuni esclusi) delle presenti “Norme che regolano l’assicurazione Infortuni”;
- da immersioni con autorespiratore;
- da immersioni con minisommersibili per visite turistiche in parchi marini.

Art. 2 - INFORTUNI ESCLUSI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- a) da atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, suicidio o tentato suicidio;
- b) da eventi direttamente connessi allo stato di guerra e/o guerra civile salvo quanto previsto dall'articolo B (Infortuni derivanti da stato di guerra) delle Condizioni Aggiuntive;
- c) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche, (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- d) dalla pratica professionistica di qualsiasi sport;
- e) dalla partecipazione a corse o gare (e relative prove) motoristiche, salvo che si tratti di regolarità pura;
- f) dall'uso non terapeutico di sostanze stupefacenti e allucinogeni;
- g) durante l'uso e la guida di mezzi di locomozione subacquea e durante la guida di qualsiasi velivolo salvo quanto previsto all'art. 1) (Oggetto dell'assicurazione) delle presenti “Norme che regolano l’assicurazione Infortuni”.

Sono inoltre esclusi gli infarti, le ernie non traumatiche e le conseguenze di cure mediche e di trattamenti chirurgici non resi necessari da infortuni.

Art. 3 - RISCHIO VOLO

L'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei turistici o di trasferimento, effettuati, in qualità di passeggero, su velivoli od elicotteri da chiunque eserciti, tranne che:

- da società/aziende di lavoro aereo in occasione di voli diversi dal trasporto pubblico di passeggeri;
- da aeroclub.

Il viaggio aereo si intende iniziato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso.

Resta convenuto che in nessun caso la Società risarcirà, a seguito di sinistro, un indennizzo complessivo superiore a € 20.000.000,00 (ventimilioni), qualunque sia il numero degli Assicurati viaggianti sull'aeromobile.

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

Art. 4 - SERVIZIO MILITARE

L'assicurazione è prestata per gli infortuni subiti durante il servizio militare di leva in tempo di pace in seguito a richiamo per ordinarie esercitazioni e durante il servizio sostitutivo dello stesso, limitatamente ai rischi non connessi con lo svolgimento del servizio stesso.

Art. 5 - CESSAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

L'esistenza all'atto della stipulazione della polizza e la sopravvenienza in corso della stessa di alcoolismo, tossico-dipendenza, sindromi organiche cerebrali, forme maniaco-depressive, stati paranoidei, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), costituisce causa di inefficacia e/o cessazione dell'assicurazione.

Art. 6 - LIMITE DI ETÀ DELL'ASSICURATO

L'assicurazione cessa alla scadenza annuale del premio successiva al compimento del settantacinquesimo anno di età dell'Assicurato

L'eventuale incasso dei premi, scaduti successivamente, da parte della Società, dà diritto al Contraente di richiederne la restituzione in qualsiasi momento, al netto delle imposte già versate.

Art. 7 - DENUNCIA DELL'INFORTUNIO E OBBLIGHI RELATIVI

In caso di sinistro, il Contraente deve fare la denuncia scritta alla Compagnia entro 60 giorni dal momento in cui ne abbia avuto la possibilità o ne abbia avuto conoscenza.

La denuncia dell'infortunio deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento e deve essere corredata da certificato medico. Avvenuto l'infortunio, l'Assicurato deve ricorrere alle cure di un medico e seguirne le prescrizioni. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici. Nel caso di inabilità temporanea, i certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze.

Art. 8 - CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

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

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui all'articolo 10 "Invalidità Permanente" delle presenti "Norme che regolano l'assicurazione infortuni" sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Art. 9 - MORTE

L'indennizzo per il caso di morte è dovuto se la morte stessa si verifica anche successivamente al termine della polizza entro due (2) anni dal giorno dell'infortunio.

Tale indennizzo viene liquidato ai beneficiari designati, la cui dichiarazione scritta dell'Assicurato può essere depositata presso il Contraente, o in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.

Art. 10 - INVALIDITÀ PERMANENTE

L'indennizzo per invalidità permanente è dovuto - se l'invalidità stessa si verifica - anche successivamente al termine della polizza entro due anni dal giorno dell'infortunio.

L'indennizzo per invalidità permanente parziale è calcolato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale - al netto dell'eventuale franchigia prevista in polizza - in proporzione al grado di invalidità che va accertato facendo riferimento alla tabella allegata al regolamento per l'esecuzione del D.P.R. 30 giugno 1965, N. 1124, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia prevista dalla legge stessa.

Per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinismo, le percentuali di invalidità previste per il lato destro varranno per il lato sinistro e viceversa.

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

In caso l'infortunio determini menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con criteri aritmetici fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso.

La perdita totale o parziale, anatomica o funzionale, di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella di cui sopra, l'indennizzo è stabilito in riferimento ai valori ed ai criteri sopra indicati tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

Art. 11 - DIARIA DA RICOVERO - INDENNITA' POST RICOVERO

Se in conseguenza di un infortunio l'Assicurato viene ricoverato in Istituto di cura, la Società liquida una indennità giornaliera di ricovero nella misura di 1/1000 della somma assicurata per Invalidità Permanente con il limite giornaliero di € 150,00 (duecento) per ogni giorno di ricovero.

L'indennità viene corrisposta per un periodo massimo di trecentosessanta (360) giorni per sinistro.

La giornata di entrata e quella di uscita dall'istituto di cura sono considerate una sola giornata.

Se il ricovero ha determinato almeno cinque (5) pernottamenti la Società corrisponderà inoltre una indennità post ricovero pari al 50% della diaria da ricovero assicurata, che verrà corrisposta con il seguente criterio:

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

La indennità post ricovero viene riconosciuta col massimo di centoottanta (180) giorni per sinistro.

Art. 12 - DIARIA DA INGESSATURA

La Società corrisponderà all'Assicurato una indennità giornaliera di 1/1000 della somma assicurata per Invalidità Permanente con il limite giornaliero di € 150,00 (centocinquanta) qualora a seguito di infortunio vengano applicate bende gessate o tutore immobilizzante.

Detta indennità verrà corrisposta dal giorno di entrata in istituto di cura o ambulatorio per l'applicazione delle bende gessate o del tutore immobilizzante, fino alla loro rimozione, ma comunque per un periodo massimo di giorni centoottanta (180) per sinistro.

Art. 13 - SPESE DI CURA

La Società rimborsa, fino alla concorrenza di € 15.000,00 (euro quindicimila/00), le spese di cura

rese necessarie a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, sostenute entro due (2) anni dal giorno dell'infortunio.

Si considerano spese di cura quelle sostenute per medici, chirurghi, medicine, ospedali, case di cura, cure fisioterapiche ed altre cure mediche, comprese le spese per il primo acquisto e la prima applicazione di protesi.

I rimborsi vengono effettuati dopo presentazione dei documenti giustificativi in originale, in Italia e in euro.

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

Art. 14 – CUMULO DI INDENNITA'

L'indennizzo per Diaria da ricovero, Indennità post ricovero, Diaria da ingessatura e Spese di cura sono cumulabili con quello per Morte o per Invalidità permanente. Se dopo il pagamento di un indennizzo per Invalidità permanente, ma entro due (2) 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 questo sia superiore e non chiede il rimborso nel caso contrario.

Il diritto all'indennizzo per Invalidità Permanente è di carattere personale e quindi non trasmissibile agli eredi.

Tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennizzo sia stato liquidato o comunque offerto in misura determinata, la Società paga agli eredi l'importo liquidato od offerto, in base ai criteri previsti dall'art. 8 (Criteri di indennizzabilità) delle presenti “Norme che regolano l'assicurazione Infortuni”

Art. 15 – FRANCHIGIA

L'indennizzo per Invalidità permanente da infortuni verrà liquidato con le seguenti modalità:

Categoria A) e B) – Amministratori e Dirigenti

- senza applicazione di alcuna franchigia fino a 6 volte la RAL;
- sulla parte eccedente il limite di 6 volte la RAL con applicazione di una franchigia assoluta del 5%.

Categoria C) – Dipendenti

- senza applicazione di alcuna franchigia fino ad un capitale assicurato di euro 300.000,00;
- sulla parte eccedente euro 300.000,00 con applicazione di una franchigia assoluta del 5%.

Art.16 – VALIDITA' TERRITORIALE

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

CONDIZIONI AGGIUNTIVE

A) - GRANDI INVALIDITA'

Si conviene fra le Parti, in deroga all'articolo 10 (Invalidità Permanente) delle “Norme che regolano l'assicurazione infortuni”, che in caso di infortunio che determini per la persona assicurata una invalidità permanente accertata di grado superiore al 50% della invalidità permanente totale, la Società liquiderà, a titolo d'indennizzo, il 100% della somma assicurata a tale titolo.

B) - INFORTUNI DERIVANTI DA STATO DI GUERRA

L'assicurazione vale anche per gli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata), guerra civile, insurrezione a carattere generale, per il periodo massimo di trenta (30) giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova in un paese straniero dove nessuno degli eventi stessi esisteva od era in atto al momento del suo arrivo.

C) - ATTI VIOLENTI

Nel caso in cui l'Assicurato muoia o rimanga invalido in conseguenza di un infortunio subito a seguito di rapina o estorsione (anche se solo tentata), di tentativo di sequestro, di attentati, di atti di terrorismo o di aggressioni in genere, la Società liquiderà gli indennizzi dovuti calcolandoli sui capitali assicurati per il caso di Morte e Invalidità Permanente maggiorati di € 1.000.000,00 (euro unmilione/00) sia per il Caso di Morte che di Invalidità Permanente.

D) - ANTICIPO INDENNIZZI

L'Assicurato ha diritto di chiedere il pagamento di un acconto nel caso in cui, trascorsi centoventi (120) giorni dalla denuncia di sinistro, sia prevedibile che residui un'invalidità permanente di grado superiore al 20% e l'infortunio sia risarcibile a termine di polizza.

La Società corrisponderà all'Assicurato l'anticipo pari alla metà di quello che gli spetterebbe in base alla previsione, da congruarsi in sede di liquidazione definitiva.

E) - RIMBORSO DANNI ESTETICI

In caso di infortunio, indennizzabile ai sensi di polizza, che determini deturpazioni o sfregi permanenti al viso, la Società risarcirà un importo di € 100.000,00 (centomila) a titolo di rimborso spese.

F) - COMMORIENZA CONIUGI

Qualora il coniuge convivente dell'Assicurato muoia a seguito dello stesso infortunio nel quale è deceduto l'Assicurato, la Società corrisponderà il doppio del capitale assicurato per il caso Morte con il massimo di € 250.000,00 (duecentocinquantamila).

G) - MORTE PRESUNTA

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato, e si presuma sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà ai beneficiari indicati in polizza il capitale previsto per il caso morte.

La liquidazione non avverrà prima che sia trascorso un (1) anno dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termini degli artt. 60 e 62 del C.C.

Resta inteso che, se dopo che la Società ha pagato l'indennizzo risulterà che l'Assicurato è vivo, la Società avrà diritto alla restituzione della somma pagata.

A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita.

H) - RIENTRO SANITARIO DALL'ESTERO

In caso di infortunio e/o malattia improvvisa all'Estero e qualora l'Assicurato necessiti, a giudizio dei medici curanti presso la struttura ospedaliera in cui Egli si trova ricoverato, di un trasferimento

in una struttura ospedaliera in Italia, più idonea e specializzata alle cure del caso, la Società provvederà ad organizzare il trasporto sanitario con il mezzo più appropriato in un ospedale attrezzato in Italia per il prosieguo delle cure e/o ulteriori indagini diagnostiche o presso la sua residenza.

Tale mezzo potrà essere:

- aereo sanitario (previsto solo per i Paesi Europei e per i Paesi del Bacino Mediterraneo);
- aereo di linea classe economica, se necessario con posto barellato;
- autoambulanza;
- treno in prima classe, eventualmente in vagone letto.

Il costo di tale prestazione è a totale carico della Società.

Se ritenuto necessario dall'equipe medica presso la struttura ospedaliera in cui Egli si trova ricoverato, verrà fornita l'assistenza medica e/o infermieristica durante il rientro sanitario. Il trasporto, la sua organizzazione e l'eventuale costo del personale sanitario necessario durante il rientro, sarà a carico della Società.

La Società ha facoltà di richiedere l'eventuale biglietto di viaggio non utilizzato per il rientro dell'Assicurato.

La prestazione non verrà altresì fornita in quei casi in cui si contravvenga a norme sanitarie nazionali o internazionali.

I) - RIMPATRIO DELLA SALMA

In caso di morte dell'Assicurato all'estero, la Società rimborserà agli eredi le spese dell'adempimento di tutte le formalità sul posto, del trasporto della salma (incluse le spese del feretro, in conformità con le norme internazionali), fino al luogo della sepoltura in Italia.

Rimangono escluse le spese relative alla cerimonia funebre ed a quelle dell'inumazione.

Qualora l'Assicurato avesse espresso il desiderio di essere inumato sul posto la Società rimborserà le spese sostenute.

In nessun caso la Società rimborserà un importo superiore a euro 15.000,00 (euro quindicimila/00).

L) - INFERMITA', MUTILAZIONI, DIFETTI FISICI

Il Contraente e gli Assicurati sono esonerati dalla denuncia di infermità, difetti fisici o mutilazioni da cui gli Assicurati stessi fossero affetti al momento della stipulazione della polizza o che dovessero in seguito sopravvenire.

M) - MALATTIE TROPICALI

L'assicurazione si intende estesa alle malattie tropicali previste dalle disposizioni di legge in materia.

La somma assicurata per Invalidità Permanente è soggetta ad una franchigia relativa del 20%.

Pertanto, non si farà luogo ad indennizzo per Invalidità Permanente quando questa sia di grado non superiore al 20% della totale.

Se invece l'Invalidità permanente supera il 20% della totale verrà corrisposto l'indennizzo in rapporto al grado di Invalidità Permanente residuo.

N) ESPOSIZIONE AGLI ELEMENTI

La Società, in occasione di arenamento, naufragio, atterraggio forzato di mezzi di trasporto non esclusi dall'art. 2 (Esclusioni) delle "Norme che regolano l'assicurazione Infortuni", corrisponderà le somme rispettivamente assicurate per il caso Morte e 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 di orientamento), l'Assicurato si trovi in condizioni tali da subire la morte o lesioni permanenti.

O) - ERNIE TRAUMATICHE O DA SFORZO

Relativamente alle ernie traumatiche o da sforzo, l'assicurazione opera nei seguenti termini:

- qualora l'ernia risulti operabile, verrà corrisposta solamente l'indennità per il caso di inabilità temporanea fino ad un massimo di trenta (30) giorni;
- qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposta solamente una indennità non superiore al 10% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente totale.

Qualora insorga contestazione circa l'operabilità e la natura dell'ernia, la decisione è rimessa, a maggioranza, ad un Collegio Medico di tre medici, uno nominato dall'Assicurato, uno dalla Società ed il terzo di comune accordo fra i due o, in caso di disaccordo, dall'Ordine dei Medici dove ha sede l'Assicurato.

P) - GUIDA DI QUALSIASI VEICOLO O NATANTE

L'assicurazione vale anche per gli infortuni derivanti dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, a condizione che l'Assicurato sia in possesso di regolare patente di abilitazione alla guida, ove prescritta.

Q) - CLAUSOLA DIRIGENTI

Resta fra le Parti convenuto che, limitatamente alle persone con qualifica di Dirigente o Amministratore Unico (per i Contraenti di tipo Società):

- a) la garanzia si intende prestata anche per le malattie professionali, che si manifestino nel corso della validità della polizza, riconosciute, per l'industria esercitata dal Contraente, dal D.P.R. del 30/06/1965 n. 1124 e successive modifiche intervenute fino alla data di stipulazione della presente polizza. A tale riguardo il Contraente dichiara che all'atto del perfezionamento della presente polizza i Dirigenti, da ritenersi assicurati, non presentano alcuna conosciuta o palese manifestazione morbosa riferibile alle predette malattie;
- b) in caso di invalidità permanente causata da malattia professionale, la valutazione delle percentuali di invalidità viene effettuata in base alla tabella per l'industria annessa al D.P.R. del 30/06/1965 n. 1124 e con rinuncia da parte della Società all'applicazione delle franchigie relative previste dalla Legge, con l'intesa che le percentuali indicate nella tabella anzidetta vengono in ogni caso riferite ai capitali assicurati indicati in polizza per il caso di invalidità permanente assoluta e che la liquidazione viene fatta dalla Società in contanti anziché sotto forma di rendita;
- c) qualora, in conseguenza di infortunio o di malattia professionale, l'attitudine al lavoro dell'Assicurato risulti permanentemente ridotta in modo tale da non consentire la prosecuzione del rapporto di impiego, la somma assicurata per il caso di invalidità permanente viene liquidata al 100% (cento per cento).

R) - ASSICURAZIONE IN BASE ALL'AMMONTARE DELLE RETRIBUZIONI

1. Agli effetti assicurativi per retribuzione si intende tutto quanto al lordo delle ritenute il dipendente effettivamente riceve a compenso delle sue prestazioni, comprese le indennità

fisse, i premi, le gratificazioni, i compensi speciali di qualsiasi natura (escluso quanto corrisposto a titolo di rimborso spese), quando pure abbiano carattere transitorio o di contingenza, la partecipazione agli utili e le provvigioni, nonché l'equivalente in denaro di tutte le corresponsioni in natura purché sul tutto sia conteggiato o conteggiabile il premio di assicurazione.

2. Per la liquidazione delle indennità è considerata retribuzione annua dell'infortunato quella percepita e/o maturata per i titoli di cui sopra nel mese precedente il mese in cui si è verificato l'infortunio moltiplicata per le mensilità di contratto; a tale ammontare si aggiungeranno le somme relative a retribuzioni non pagabili ricorrentemente in ciascun mese e corrisposte effettivamente all'infortunato nei dodici mesi precedenti purché su tali somme sia conteggiato o conteggiabile il premio di assicurazione. A maggior precisazione di quanto sopra si dà atto che nella definizione "*retribuzioni non pagabili ricorrentemente in ciascun mese*" devono intendersi incluse: mensilità aggiuntive, premi di produzione, incentivi o provvigioni, indennità di trasferta, bonus, compensi arretrati, compensi per lavoro straordinario. Per gli infortunati che non abbiano raggiunto il mese di servizio, è considerata retribuzione annua quella che si ottiene moltiplicando per trecentosessantacinque (365) la retribuzione giornaliera media attribuibile all'infortunato per il periodo di tempo decorrente dall'assunzione in servizio fino al giorno dell'infortunio.
3. Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per l'identificazione di tali persone, per la determinazione delle somme assicurate e per il computo del premio si farà riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione del Contraente, libri che questi si obbliga di esibire in qualsiasi momento, insieme ad ogni altro documento probatorio in suo possesso, a semplice richiesta delle persone incaricate dalla Società di fare accertamenti e controlli.
4. Il tasso di premio in millesimi viene pattuito nella cifra specificata nel conteggio di liquidazione applicato alla retribuzione computata ai sensi di cui al precedente punto 1. Al premio risultante verranno applicati gli sconti e le maggiorazioni eventualmente pattuiti ed aggiunti gli addizionali e le tasse.

Il premio viene anticipato dal Contraente in base al preventivo annuo di retribuzione, pure specificato nel conteggio del premio e lo stesso verrà regolato come previsto dall'art. 10) (Regolazione del premio) delle "Norme che regolano l'assicurazione in generale".

S) - PARTECIPAZIONE AGLI UTILI DI POLIZZA

Entro 120 giorni dalla fine di ogni annualità assicurativa si procederà al calcolo del rapporto Sinistri / Premi relativo all'annualità assicurativa trascorsa, considerando:

- per i Sinistri, la somma degli importi pagati (comprensivi delle spese di perizia) e degli importi a riserva;
- per i Premi, la somma del premio imponibile annuo di Polizza.

Qualora il rapporto Sinistri/Premi sia inferiore o uguale al 60%, la Compagnia provvedere ad emettere apposita appendice per il rimborso all'Assicurato di un importo pari al 10% del premio imponibile annuo di Polizza.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1 – Variazione del rischio

Premesso che per “Variazione del rischio” si intende qualsiasi modifica che determini una diversa probabilità del verificarsi di un sinistro ovvero una variazione delle sue conseguenze, non previste o non prevedibili, al momento della stipula della polizza, qualsiasi elemento intervenuto successivamente all’aggiudicazione della polizza, che comporti una variazione del rischio deve essere comunicato immediatamente, ovvero entro quindici (15) giorni dall’intervenuta conoscenza, per iscritto alla Società. Le variazioni che devono essere comunicate concernono circostanze di fatto interne all’organizzazione del Contraente in grado di determinare un aggravamento del rischio rilevante. Il Contraente non è tenuto a comunicare per iscritto le variazioni del rischio derivanti da sopravvenienze normative ovvero da modifiche degli orientamenti giurisprudenziali.

Nel caso di documentata diminuzione dei valori assicurati o di rischio la Società, a parziale deroga dell’articolo 1897 del Codice Civile, provvederà alla relativa riduzione di premio con decorrenza dal giorno successivo all’avvenuta notifica, rimborsando la corrispondente quota di premio netto pagato e non goduto e rinuncia al relativo recesso.

Art. 2 – Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali

Fermo quanto previsto dall’art. 60 del D.lgs n. 36/2023, essendo la polizza di durata pluriennale, qualora si intenda chiedere la revisione del prezzo, sei (6) mesi prima della scadenza dell’annualità, sulla base dei dati a disposizione da comunicare all’Amministrazione, la Società può segnalare al Contraente il verificarsi delle ipotesi di modifiche del rischio previsti all’art. 1 (Variazione del rischio) delle presenti “Norme che regolano l’assicurazione in generale” e richiedere motivatamente, ai sensi dell’art.120 del D.lgs. 31 marzo 2023, N. 36, la revisione dei premi o delle condizioni contrattuali attinenti alle franchigie, agli scoperti o ai massimali assicurati.

Il Contraente, entro quindici (15) giorni, a seguito della relativa istruttoria e tenuto conto delle richieste formulate, decide in ordine alle stesse, formulando la propria controproposta di revisione. In caso di accordo tra le parti, si provvede alla modifica del contratto a decorrere dalla nuova annualità.

Art. 3 – Clausola di recesso

In caso di mancato accordo, ai sensi dell’art. 2 (Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali) delle presenti “Norme che regolano l’assicurazione in generale”, tra le parti, la Società può recedere dalla polizza. Il recesso decorre:

- a. dalla scadenza dell’annualità nel caso in cui il mancato accordo avvenga nei primi sei (6) mesi dell’anno;
- b. dalla scadenza del primo semestre dell’anno successivo nel caso in cui il mancato accordo avvenga nei secondi sei (6) mesi dell’anno.

La facoltà di recesso si esercita entro trenta (30) giorni dalla proposta di cui al comma 1 dell’art. 2 (Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali) delle presenti “Norme che regolano l’assicurazione in generale”, presentata dalla Società, ovvero, nei casi di cui al comma 2 del medesimo articolo, entro trenta (30) giorni dalla ricezione della controproposta del Contraente.

Qualora alla data di effetto del recesso l’Amministrazione contraente non sia riuscita ad affidare il nuovo contratto di assicurazione, a semplice richiesta di quest’ultima, l’Assicuratore s’impegna a prorogare l’assicurazione alle medesime condizioni, normative ed economiche, in vigore per un

periodo massimo di 90 (novanta) giorni. L'Amministrazione contraente contestualmente provvede a corrispondere l'integrazione del premio.

Il recesso non produce effetto in caso di mancata produzione dei dati di cui all'art. 21 (Produzione di informazioni sui sinistri) delle presenti "Norme che regolano l'assicurazione in generale" riferiti fino al mese antecedente a quello di esercizio del recesso.

Art. 4 – Durata dell'assicurazione

La Polizza è stipulata per la durata di anni 4 (quattro) con effetto dalle ore 00:00 del 1° luglio 2024 alle ore 24:00 del 30 giugno 2028.

Non è previsto il tacito rinnovo del contratto, pertanto, salvo diverso accordo fra le parti, l'assicurazione cesserà alla scadenza del 30 giugno 2028

È però facoltà del Contraente, con preavviso non inferiore a 30 giorni antecedenti la scadenza del contratto per qualsiasi causa, richiedere alla Società una proroga tecnica, temporanea della presente assicurazione, finalizzata all'espletamento od al completamento delle procedure di aggiudicazione della nuova assicurazione. La Società, a fronte della corresponsione del relativo rateo di premio che verrà conteggiato sulla base di 1/365 del premio annuale della polizza appena scaduta per ogni giorno di copertura, si impegna sin d'ora a prorogare in tal caso l'assicurazione, alle medesime condizioni contrattuali ed economiche, per un periodo massimo di 180 giorni decorrenti dalla scadenza o cessazione.

Art. 5 – Recesso in caso di sinistro (opzione base)

Dopo ogni sinistro, denunciato a termini di polizza, e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, ciascuna delle Parti può recedere dall'assicurazione dandone comunicazione all'altra Parte mediante lettera raccomandata.

Il recesso da parte del Contraente ha effetto dalla data di invio della sua comunicazione; il recesso da parte della Società ha effetto:

- a. dalla scadenza dell'annualità nel caso in cui l'invio della comunicazione mediante lettera raccomandata avvenga nei primi sei (6) mesi dell'anno;
- b. dalla scadenza del primo semestre dell'anno successivo nel caso in cui l'invio della comunicazione mediante lettera raccomandata avvenga nei secondi sei (6) mesi dell'anno.

La Società, entro trenta (30) giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di assicurazione non corso.

Si applica l'ultimo comma dell'art. 3 (Clausola di recesso).

Art. 5 bis – Recesso in caso di sinistro (Opzione migliorativa)

La Società rinuncia ad esercitare la facoltà di recesso in caso di sinistro.

Art. 6 – Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave

Nel caso di dichiarazioni inesatte o di reticenze relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, avvenute in buona fede, il Contraente e / o l'Assicurato non decadranno dal diritto all'indennizzo.

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 comunicazione da farsi al Contraente nei tre (3) mesi successivi al giorno in cui la Società ha conosciuto l'inesattezza delle

dichiarazioni o la reticenza, secondo la procedura di cui agli artt. 2 (Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali) e 3 (Clausola di recesso) delle presenti “Norme che regolano l’assicurazione in generale” e con decorrenza del termine di cui al comma 2 del citato art. 2 (Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali) delle presenti “Norme che regolano l’assicurazione in generale”, dalla ricezione della citata comunicazione. Si applica l’ultimo comma dell’art. 3 (Clausola di recesso).

Art. 7 - Delimitazione temporale della garanzia

La Società è obbligata unicamente per i danni originatisi durante il periodo di efficacia della polizza. Essa, tuttavia, non sarà operante per danni che, pur originatisi durante il periodo di efficacia della polizza, siano denunciati alla Società dopo più di tre (3) anni dalla cessazione della stessa.

Art. 8 – Assicurazione presso diverse Società

Il Contraente ed i singoli Assicurati sono esonerati dall'obbligo di denunciare alla Società eventuali altre polizze stipulate per i medesimi rischi.

Art. 9 – Pagamento del premio e decorrenza dell’assicurazione

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza.

Il Contraente è tenuto al pagamento della prima rata entro quarantacinque (45) giorni dalla data di effetto della polizza; in assenza di tale pagamento l’assicurazione rimane sospesa dal quarantaseiesimo giorno e riprenderà effetto dal giorno del pagamento.

I premi devono essere pagati alla Società.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quarantacinquesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società alla riscossione dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 C.C.

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

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

- a. 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 trenta (30) giorni di cui all'art. 3 del Decreto.
- b. 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 – Regolazione del premio

Se il premio è convenuto in tutto o in parte in base ad elementi di rischio variabili, esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza ed è regolato alla fine di ogni periodo assicurativo, annuo o di minor durata, secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio. Entro i centoventi (120) giorni successivi alla scadenza annuale il Contraente deve comunicare alla Società le variazioni intervenute. Sulla base di questi dati la Società calcola il conguaglio di premio. Le differenze attive o passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate entro i sessanta (60) giorni dal ricevimento del documento. Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti e il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società può

fissargli un ulteriore termine non inferiore ai trenta (30) giorni trascorso il quale la Società potrà agire giudizialmente nei suoi confronti ed addebiterà anche le eventuali maggiori spese sostenute.

Art. 11 – Modifiche dell'assicurazione

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

Art. 12 – Titolarità dei diritti nascenti dalla polizza

Le azioni, le ragioni ed i diritti nascenti dalla polizza non possono essere esercitati che dal Contraente, dall'Assicurato e dalla Società. Spetta in particolare al Contraente e all'Assicurato compiere gli atti necessari all'accertamento ed alla quantificazione dei danni. L'indennizzo liquidato a termini di polizza non può tuttavia essere pagato se non nei confronti e col consenso del titolare dell'interesse Assicurato.

Art. 13 - Diritto di Surrogazione

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

Art. 14 – Coassicurazione e delega

Qualora l'assicurazione fosse ripartita per quote determinate tra Società ai sensi dell'art. 1911 del c.c. le stesse devono essere indicate nel riparto allegato alla polizza.

La Spettabile **<COMPAGNIA>** all'uopo designata Coassicuratrice Delegataria, dichiara di aver ricevuto mandato dalle coassicuratrici indicate nel riparto a:

- firmare la polizza e gli atti sopraindicati anche in loro nome e per conto e ciò vale anche per il presente atto,
- incassare i premi dell'Assicurazione e pagare gli indennizzi,
- ricevere e inviare ogni comunicazione relativa all'Assicurazione, ivi incluse quelle relative a proroghe e recesso,

in nome proprio e per conto delle Coassicuratrici con applicazione di un'obbligazione solidale di tutte le Società in deroga all'art. 1911 c.c. anche relativamente al pagamento dell'indennizzo.

In generale, nel caso in cui il contratto di assicurazione sia aggiudicato a un raggruppamento temporaneo di imprese, costituitosi in termini di legge, si deroga al disposto dell'art. 1911 c.c., essendo tutte le imprese sottoscrittrici responsabili in solido nei confronti del Contraente.

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

Art. 15 – Obblighi in caso di sinistro

Tutti i sinistri devono essere denunciati alla Società entro trenta (30) giorni dal fatto o dal giorno in cui l'ufficio competente del Contraente ne è venuto a conoscenza, con uno dei seguenti mezzi: telegramma, raccomandata, fax, posta elettronica certificata.

Il Contraente e l'Assicurato devono fare quanto è in loro potere per evitare o diminuire il danno, ottemperare alle istruzioni della Società, fornire dimostrazione delle spese da lui sostenute permettendo ogni rilevazione od esame da parte degli incaricati della Società, e mettere a disposizione della stessa i documenti necessari a dimostrare l'esistenza del danno ed a determinarne l'ammontare.

Il Contraente e / o Assicurato che con dolo adoperi, a giustificazione dell'ammontare del danno, documenti non veritieri o mezzi fraudolenti, che manometta od alteri dolosamente documenti, decade dal diritto al risarcimento.

Art. 16 – Risoluzione delle controversie

Trova applicazione la disciplina di cui all'articolo 215 del D.lgs. n. 36/2023 e all'allegato V.2 del D.lgs. n. 36/2023, come dettagliatamente individuata all'articolo 26 del Disciplinare di gara.

Art. 17 – Oneri fiscali

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

Art. 18 – Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non è diversamente regolato nella presente polizza, valgono le norme di legge e ai documenti di gara.

Art. 19 – Tracciabilità dei flussi finanziari – Clausola risolutiva espressa

In conformità a quanto previsto dall'Art. 3, commi 8 e 9, della Legge n. 136 del 13/08/2010 ("Piano straordinario contro le mafie, nonché delega al Governo in materia di normativa antimafia"), il Contraente e la Società assumono tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari previsti dalla medesima Legge 136/2010 con particolare riferimento alle disposizioni contenute all'Art. 3, commi 8 e 9.

La presente polizza si intenderà risolta di diritto ex Art. 1456 C.C. e s.s. in tutti i casi in cui le transazioni siano eseguite senza avvalersi dell'ausilio di Istituti Bancari o della società Poste Italiane S.p.A. e comunque si accerti il mancato rispetto degli adempimenti di cui al paragrafo precedente. Il Contraente e la Società, e comunque ogni soggetto connesso alla presente polizza che abbia notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria previsti dalla Legge 136/2010, devono manifestare immediatamente la volontà di avvalersi della clausola risolutiva, informandone, a mezzo comunicazione scritta, il Contraente e/o la Società e la Prefettura o l'Ufficio Territoriale del Governo territorialmente competente.

Art. 20 – Produzione di informazioni sui sinistri

Entro trenta (30) giorni dalla fine di ogni annualità e in ogni caso sei (6) mesi prima della scadenza finale della polizza, entro i trenta (30) giorni solari successivi, pena l'applicazione delle penali di cui al presente articolo, la Società, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di riservatezza dei dati personali, si impegna a fornire al Contraente l'evidenza dei sinistri denunciati a partire dalla data di decorrenza della polizza. Tale elenco dovrà essere fornito tramite file modificabili (quindi non nella modalità di sola lettura), e non modificabili, e dovrà riportare per ciascun sinistro:

- il numero attribuito dalla Società;
- il numero di polizza sulla quale ricade;
- la data di accadimento;
- la data della denuncia;
- la tipologia dell'avvenimento (breve nota che descriva l'accaduto);
- l'indicazione dello stato del sinistro secondo la seguente classificazione e con i dettagli di seguito indicati:
 - a) sinistro agli atti, senza seguito;

- b) sinistro liquidato, con indicazione della data di liquidazione, della eventuale franchigia applicata e dell'ammontare della liquidazione corrisposta al netto della franchigia;
- c) sinistro aperto, in corso di verifica, con indicazione del relativo importo stimato.

In caso di mancato rispetto di quanto previsto al primo comma del presente articolo, in assenza di adeguate motivazioni legate a causa di forza maggiore, la Società dovrà corrispondere al Contraente un importo pari allo 0,1% (zerovirgolaunopercento) del premio annuo della polizza interessata dall'inadempimento per ogni giorno solare di ritardo, con un importo massimo pari al 10% del premio annuo stesso.

Il mancato adempimento degli obblighi contrattuali che darà luogo all'applicazione della penale stabilita nel presente articolo, dovrà essere contestato alla Società per iscritto dall'Assicurato.

In riscontro alla suddetta contestazione, la Società dovrà comunicare per iscritto allo stesso Assicurato le proprie deduzioni, supportate da una chiara ed esauriente documentazione, nel termine massimo di 5 (cinque) giorni lavorativi dalla ricezione della stessa contestazione. Qualora le predette deduzioni non pervengano all'Assicurato nel termine indicato, ovvero, pur essendo pervenute tempestivamente, non siano idonee, a giudizio del medesimo Assicurato a giustificare l'inadempienza, potranno essere applicate alla Società le penali indicate al precedente periodo a decorrere dall'inizio dell'inadempimento.

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

Per gli adempimenti relativi alle informazioni da fornirsi successivamente alla data di scadenza della polizza, l'applicazione delle eventuali penali è garantita dalla cauzione definitiva che non potrà essere svincolata fino alla completa trasmissione delle informazioni di cui al comma 1.

Art. 21 – Normativa in tema di contratti pubblici

L'Affidamento delle coperture assicurative previste dal presente contratto è subordinato all'integrale e assoluto rispetto della vigente normativa in tema di contratti pubblici. In particolare, la Società dovrà comprovare l'assenza delle condizioni ostative di cui agli articoli del Titolo IV, Capo II del D.Lgs 31 marzo 2023, N. 36, nonché la sussistenza di tutti gli ulteriori requisiti previsti dalla legge, dal Bando di Gara, dal Disciplinare e dal presente Capitolato per il legittimo affidamento delle prestazioni ivi previste e la loro corretta e diligente esecuzione. La Società dovrà comunicare immediatamente al Contraente (Stazione Appaltante) - pena la risoluzione di diritto del presente contratto ai sensi dell'art. 1456 c.c. - ogni variazione rispetto ai requisiti di cui al periodo precedente, come dichiarati e accertati prima della sottoscrizione del contratto.

Il Contraente (Stazione Appaltante) si riserva la facoltà, durante l'esecuzione del presente contratto, di verificare la permanenza di tutti i requisiti di legge in capo alla Società, al fine di accertare l'insussistenza degli elementi ostativi alla prosecuzione del rapporto contrattuale e ogni altra circostanza necessaria per la legittima acquisizione delle relative prestazioni.

Qualora nel corso del rapporto dovesse sopravvenire il difetto di alcuno dei predetti requisiti, il contratto si risolverà di diritto ai sensi dell'art. 1456 c.c.

Art. 22 – 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 offerente, che dovrà provvedervi entro e non oltre la data di effetto della polizza.

Art. 23 – Interpretazione del contratto (opzione base)

Si conviene fra le Parti che, in caso di dubbio nell'interpretazione anche di una delle condizioni di polizza, si dovrà intendere 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. 23 bis - Interpretazione del contratto (Opzione migliorativa)

Si conviene fra le Parti che, in caso di dubbio nell'interpretazione anche di una delle condizioni di polizza, si dovrà intendere 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.

Il Contraente dichiara, e la Società ne prende atto, che attraverso il presente contratto, il medesimo intende dare corso alla più ampia tutela degli specifici interessi inerenti all'oggetto dell'Assicurazione ed in relazione a ciò si impegna e garantisce l'intenzione di eseguire secondo buona fede e correttezza ogni adempimento previsto a proprio carico dalle Condizioni tutte di Polizza. La Società parimenti dichiara che, sin d'ora, rinuncia ad eccepire l'inoperatività della garanzia in conseguenza di inesatta, incompleta, ritardata od omessa esecuzione, da parte del Contraente di ogni e qualunque adempimento inerente la stipulazione e la gestione amministrativa della Polizza, inclusa l'esecuzione della stessa in caso di sinistro, purché ascrivibile ad atti od omissioni commessi in assenza di dolo dal Contraente o dalle persone del cui operato lo stesso deve rispondere. Resta inteso che il Contraente dovrà provvedere nel più breve tempo possibile all'esecuzione, rettifica, correzione, integrazione, completamento degli atti e comportamenti dovuti, nonché al pagamento del premio, o maggior premio, eventualmente spettante alla Società, nonché degli interessi di mora alla stessa dovuti nel caso in cui il ritardo nel pagamento abbia ecceduto i 60 giorni. Fermo restando quanto precedentemente previsto, si precisa, a maggior chiarimento, che le disposizioni di cui al presente comma non modificano il contenuto e l'estensione della garanzia assicurativa secondo le disposizioni normative ed economiche previste dalla presente Polizza.

ALLEGATO 1) FAC-SIMILE CERTIFICATO

CONTRAENTE	<AZIENDA>
DURATA DEL CONTRATTO	Dalle ore 00:00 del 01 Luglio 2024 Alle ore 24:00 del 30 Giugno 2028
TACITO RINNOVO	NO
RATEAZIONE DEL PREMIO	Il pagamento del premio sarà effettuato dal Contraente in rate semestrali alle scadenze del 30 Giugno e 31 Dicembre di ogni anno.
OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	Infortunati Professionali ed Extraprofessionali
VALUTA	Tutti gli importi del presente Capitolato si intendono in EURO

CATEGORIE E SOMME ASSICURATE

<SOCIETA'>

A) <CATEGORIA>

	Multipli della retribuzione annua lorda	Con il massimo di €	Retribuzioni annue lorde	Tasso lordo	Premio annuo lordo
Morte					
Invalità Permanente					

B) <CATEGORIA>

	Multipli della retribuzione annua lorda	Con il massimo di €	Retribuzioni annue lorde	Tasso lordo	Premio annuo lordo
Morte					
Invalità Permanente					

PREMIO ANNUO LORDO ANTICIPATO	
--------------------------------------	--

PREMIO SEMESTRALE LORDO ANTICIPATO	
---	--