

LOTTO IV

CAPITOLATO DI POLIZZA DI ASSICURAZIONE

Infortuni Cumulativa



CONTRAENTE : CSEA CASSA PER I SERVIZI ENERGETICI AMBIENTALI

SEDE LEGALE : VIA BARBERINI, 11 – 00187 ROMA

PARTITA IVA: 80198650584

DECORRENZA DELLA COPERTURA: ORE 24 DEL 31.12.2025

SCADENZA DELLA COPERTURA: ORE 24 DEL 31.12.2028

PRIMA RATA AL 31.12.2026

FRAZIONAMENTO: ANNUALE

DEFINIZIONI COMUNI

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;
ASSICURATO	Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.
ASSICURAZIONE	Il contratto di assicurazione.
ATTIVITÀ	Quella svolta da CSEA, Cassa per i Servizi Energetici e Ambientali per statuto, per legge, per regolamenti o delibere, compresi i provvedimenti emanati dai propri organi. Eventuali variazioni che interverranno saranno automaticamente recepite. La definizione comprende anche tutte le attività accessorie, complementari, connesse e collegate, preliminari e conseguenti all'attività principale, ovunque e comunque svolte, anche avvalendosi di strutture di terzi, e/o affidando a terzi l'utilizzo di proprie strutture.
BROKER	De Besi Di Giacomo Spa
CONTRAENTE	La persona giuridica che stipula l'assicurazione, nel caso di specie CSEA, Cassa per i Servizi Energetici e Ambientali in breve denominato CSEA e/o Ente
FRANCHIGIA	L'importo prestabilito di danno indennizzabile che rimane a carico dell'Assicurato e/o del Contraente (come da obblighi contrattuali o di Legge).
FRANCHIGIA ASSOLUTA	Parte di danno espressa in valore, giorni di inabilità, percentuale di invalidità che non viene indennizzata. È la parte di danno che, a prescindere dall'entità dello stesso, resta carico dell'assicurato.
FRANCHIGIA RELATIVA	E' un valore stabilito in polizza da considerare in caso di danno conseguente a un sinistro. Il meccanismo di applicazione non prevede la deduzione di una parte (come nel caso della franchigia assoluta), visto che il danno resta a carico dell'assicurato se l'importo non supera o è uguale alla quota di franchigia, mentre viene pagato dalla compagnia se la sua entità è maggiore di tale quota.
INDENNIZZO / RISARCIMENTO	La somma dovuta dalla Società all'Assicurato o agli aventi diritto in caso di sinistro indennizzabile a termini di polizza
SOMMA ASSICURATA	L'importo convenuto nel presente capitolato che, salvo eventuali sottolimiti, per sinistro/anno, rappresenta la massima esposizione della Società.
POLIZZA / CAPITOLATO	Il documento contrattuale che prova l'assicurazione.

PREMIO	La somma dovuta alla Società a corrispettivo dell'assicurazione.
RETRIBUZIONE	Tutto ciò che i prestatori di lavoro dipendenti inclusi i lavoratori parasubordinati ed i co.co.co. ricevono a compenso dell'opera prestata (al lordo di ogni trattenuta) e/o gli importi pagati dal Contraente a soggetti terzi quale corrispettivo per l'utilizzo delle stesse persone, nonché l'ammontare dei compensi per gli amministratori denunciati ai fini della determinazione del premio INAIL.
RISCHIO	La probabilità del verificarsi del sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.
SCOPERTO	La percentuale prestabilita di danno indennizzabile che resta a carico dell'Assicurato e/o del Contraente (come da obblighi contrattuali o di Legge).
SINISTRO	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
SOCIETÀ	L'Impresa assicuratrice nonché le eventuali Coassicuratrici.

DEFINIZIONI DI SETTORE

BENEFICIARIO	Il soggetto al quale, in caso di morte dell'Assicurato, deve essere pagata la somma garantita. Un Assicurato può cambiare il beneficiario designato in ogni momento, senza il consenso dello stesso beneficiario, inviando una richiesta scritta di variazione alla Società. In assenza di designazione specifica, i beneficiari saranno gli eredi legittimi o testamentari
DIPENDENTI	Tutte le persone fisiche (compresi collaboratori/collaboratrici, prestatori di lavoro "temporaneo" non dipendenti dell'Assicurato ma assunti da un somministratore, stagisti, borsisti, LSU, etc.), di cui, nel rispetto della vigente legislazione in materia di rapporto o prestazione di lavoro, il Contraente si avvalga nell'esercizio dell'attività dichiarata in polizza. Sono parificati a dipendenti i collaboratori esterni nell'esercizio delle mansioni loro affidate dall'Assicurato con specifico mandato o mediante convenzione ed altri soggetti per i quali sussista un obbligo contrattuale, e/o di legge e/o individuati dai Regolamenti in vigore.
INFORTUNIO	Evento dovuto a causa violenta, fortuita ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.
INABILITA' TEMPORANEA	Temporanea incapacità fisica dell'Assicurato di attendere alle attività assicurate.
INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO	Diminuzione o perdita definitiva ed irrimediabile della capacità dell'Assicurato a svolgere un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione esercitata, intervenuta a seguito di infortunio
INGESSATURA	Mezzo di contenzione costituito da fasce gessate o altri apparecchi comunque immobilizzanti ed applicati in istituti di cura o ambulatori medici.

ISTITUTI DI CURA	Ospedali, cliniche, case di cura, pubblici o privati, e comunque ogni struttura sanitaria, autorizzati a termini di legge al ricovero dei malati/infortunati.
MALATTIA	Per malattia si intende ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio
MALATTIA TRASMISSIBILE	Si intende qualsiasi malattia che può essere trasmessa per mezzo di qualsiasi sostanza o agente patogeno da qualsiasi organismo a un altro organismo dove: per sostanza o agente patogeno si intende, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, un virus, un batterio, un parassita o altro organismo o qualsiasi sua mutazione, sia essa ritenuta vivente o meno per metodo di trasmissione, sia esso diretto o indiretto, si intende, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, la trasmissione per via aerea, la trasmissione di fluidi corporei, la trasmissione da o verso qualsiasi superficie o oggetto, solido, liquido o gassoso o tra organismi.
MEZZO	Qualsiasi veicolo utilizzato dall'Assicurato
RICOVERO	Degenza in istituto di cura che comporti il pernottamento o la degenza diurna (Day Hospital) di almeno 6 ore continuative

ART. 1 CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

ART. 1.1 – DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO - VARIAZIONI DEL RISCHIO SUCCESSIVAMENTE ALL'AGGIUDICAZIONE DEL CONTRATTO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alla prestazione nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. Tuttavia l'omissione da parte del Contraente o dell'assicurato di una circostanza eventualmente aggravante così come le inesatte dichiarazioni all'atto della stipulazione del contratto o durante il corso dello stesso non pregiudicano il diritto al risarcimento dei danni sempreché tali omissioni o inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo, fermo restando il diritto della Società, una volta venuta a conoscenza di circostanze aggravanti che comportino un premio maggiore, di richiedere la relativa modifica delle condizioni in corso (aumento del premio con decorrenza dalla data in cui le circostanze aggravanti siano venute a conoscenza della Società o, in caso di sinistro, conguaglio del premio per l'intera annualità).

Per variazione del rischio si intende qualsiasi modifica che determini una diversa probabilità di verificarsi di un sinistro ovvero una variazione delle sue conseguenze, non previste o non prevedibili, al momento della stipula del contratto.

Le variazioni che devono essere comunicate concernono circostanze di fatto interne all'organizzazione del Contraente 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 o da modifiche degli orientamenti giurisprudenziali.

Qualsiasi circostanza intervenuta successivamente all'aggiudicazione del contratto di assicurazione, che comporti una variazione del rischio, come sopra precisato, dovrà essere comunicata per iscritto dal Contraente alla Società entro 30 giorni dall'intervenuta conoscenza.

Le parti convengono altresì che le variazioni che comportano diminuzioni o aggravamento del rischio conseguenti a disposizioni di leggi, di regolamenti o di atti amministrativi, non sono soggette alla disciplina degli artt. 1897 e 1898 del Codice Civile, e che pertanto il nuovo rischio rientra automaticamente in garanzia senza modifica del premio, a eccezione di quelle modificative della natura dell'assicurato che comporteranno l'applicazione delle norme di cui presente articolo.

Nel caso di diminuzione del rischio, la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente ai sensi dell'art. 1897 del Codice Civile e rinuncia al relativo diritto di recesso; la diminuzione del premio conseguente ai casi previsti dal presente articolo decorrerà con effetto dall'annualità successiva.

ART. 1.2 – ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI

Il Contraente e gli Assicurati sono esonerati dall'obbligo di denunciare alla Società eventuali altre polizze da loro stipulate per i medesimi rischi.

Il presente contratto di assicurazione, si intende stipulato indipendentemente e in aggiunta alle eventuali assicurazioni obbligatorie previste per gli infortuni sul lavoro dalle leggi vigenti o da eventuali future.

ART. 1.3 - DURATA DELL'ASSICURAZIONE

Il contratto di assicurazione ha effetto dalle ore 24 del 31/12/2025 e scadenza alle ore 24.00 del 31/12/2028 (durata di 3 anni), con frazionamento annuale.

Non è previsto il tacito rinnovo alla scadenza finale.

Ai sensi dell'art. 120 comma 11 del D.Lgs 36/2023, in casi eccezionali nei quali risultino oggettivi insuperabili ritardi nella conclusione della procedura di affidamento del contratto è consentito al Contraente di prorogare il contratto per il tempo strettamente necessario alla conclusione della procedura e comunque fino ad un massimo di 180 (centottanta) giorni anche attraverso più periodi dopo la scadenza finale. In tale ipotesi il premio relativo al periodo di proroga verrà conteggiato in pro-rata temporis rispetto al premio annuale in corso.

La Società si impegna altresì a concedere la proroga tecnica della presente assicurazione nei casi previsti al successivo art. 1.6, Recesso, alle condizioni e nelle modalità di cui al paragrafo 1.6.5

ART. 1.4 - PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA

Il Contraente è tenuto a pagare il premio dell'assicurazione stabilito nella polizza, con applicazione a ciascuna delle rispettive scadenze, anche in caso di rinnovo o proroga, di una mora di 60 giorni. Pertanto l'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza, se la prima rata di premio è stata pagata entro i 60 giorni successivi al ricevimento della polizza ritenuta corretta .

Se il Contraente, entro il termine di mora, non paga il premio o la prima rata di premio, i premi successivi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 60° giorno dopo quello della decorrenza e/o scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze (art. 1901 C.C.).

I termini di cui al comma precedente si applicano anche in occasione del perfezionamento di documenti emessi dalla Società, a modifica e variazione del rischio, che comportino il versamento di premi aggiuntivi. Eventuali variazioni che comportino aumenti di premio si ritengono operanti dalla decorrenza richiesta, fermo restando il pagamento del relativo premio entro 60 giorni dalla ricezione dell'appendice di variazione formalmente ritenuta corretta.

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

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

- a) l'Assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuata 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.
- b) Il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'art. 72 bis ai sensi dell'art. 72 bis del DPR 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 c.c. nei confronti della Società stessa.

Resta convenuto che è considerata tutti gli effetti, come data di avvenuto pagamento, a prescindere da quando materialmente sarà accreditato il premio, quella dell'atto che conferisce tale ordine all'Ufficio che gestisce il pagamento del Contraente a condizione che gli estremi dell'atto siano comunicati alla Società.

L'assicurazione è altresì operante fino al termine delle verifiche e dei controlli che il Contraente deve effettuare in capo all'aggiudicatario della presente polizza circa il possesso dei requisiti di partecipazione richiesti, nonché quelli richiesti dalle vigenti disposizioni normative per la stipula dei contratti con le Pubbliche Amministrazioni, ex artt. 17 e 18 del D.Lgs. 36/2023, anche qualora dette verifiche e controlli eccedessero temporalmente rispetto ai termini di mora previsti nel presente articolo in relazione al pagamento dei premi, previa comunicazione del Broker

ART. 1.5 – REVISIONE DEL PREZZO

a) Al verificarsi delle ipotesi di variazione del rischio previste all'articolo 1.1 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO – VARIAZIONE DEL RISCHIO, o al verificarsi di particolari condizioni di natura oggettiva, che determineranno una variazione del premio di polizza, in aumento o in diminuzione, la Società, decorsi almeno 180 giorni dall'inizio dell'assicurazione, potrà richiedere motivatamente, ai sensi del combinato disposto degli artt. 60 e 9 del D.Lgs 36/2023, la revisione del premio o delle condizioni contrattuali che opera nella misura dell'80% della variazione stessa, in relazione alle prestazioni da eseguire qualora superiori al 5% dell'importo complessivo.

In caso di accordo tra le parti, si provvede alla modifica del contratto a decorrere dalla nuova annualità.

b) Il Contraente, entro 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.

In caso di disaccordo, si applica quanto previsto al successivo articolo 1.6 RECESSO

ART. 1.6 – RECESSO

La Società ha diritto di recedere dal contratto esclusivamente nei seguenti casi con le modalità di seguito indicate.

ART. 1.6.1 – RECESSO DELLA SOCIETÀ

In caso di mancato accordo tra le parti ai sensi dell'articolo 1.5 REVISIONE DEL PREZZO, la Società può recedere dal contratto di assicurazione.

Il recesso decorre dalla scadenza dell'annualità.

La facoltà di recesso si esercita entro 30 giorni dalla proposta di cui al punto a) dell'articolo REVISIONE DEL PREZZO presentata dalla Società ovvero, nei casi di cui al punto b) del medesimo articolo, entro 30 giorni dalla ricezione della controproposta del Contraente.

ART. 1.6.2 – RECESSO PER DICHIARAZIONI INESATTE O RETICENZE DEL CONTRAENTE SENZA DOLO

Nell'ipotesi di cui all'art. 1893, comma 1, del Codice Civile, in assenza di dolo, il diritto di recesso della Società potrà avvenire, fermo restando l'obbligo della dichiarazione da farsi al Contraente nei 90 giorni successivi al giorno in cui la Società ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, secondo la procedura di cui agli articoli 1.5 REVISIONE DEL PREZZO e 1.6.1 RECESSO DELLA SOCIETÀ e

con decorrenza del termine di cui al punto b) del citato articolo 1.5 REVISIONE DEL PREZZO dalla ricezione della citata dichiarazione.

Qualora si verifichi un sinistro prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dalla Società, o prima che questa abbia dichiarato di recedere dal contratto, la Società è comunque tenuta, in deroga a quanto previsto dall'art. 1893, comma 2, del Codice Civile, al pagamento dell'indennizzo per l'intero.

ART. 1.6.3 - RECESSO PER AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Dopo il trentesimo giorno successivo alla proposta di cui all'art. 1.5 "Revisione del prezzo", presentata dalla Società, ovvero al termine della trattativa instaurata ai sensi del comma 2 del medesimo articolo, in caso di mancato accordo tra le parti, la Società può recedere dal contratto di assicurazione con preavviso non inferiore a 120 (centoventi) giorni, da comunicarsi al Contraente tramite Raccomandata AR (posta elettronica certificata).

ART. 1.6.4 - RECESSO PER SINISTRO

Dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società o il Contraente possono recedere dall'assicurazione con preavviso di 120 giorni.

ART. 1.6.5 - NORME COMUNI IN TUTTE LE IPOTESI DI RECESSO

La Società, entro 15 (quindici) giorni dalla data d'efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta governativa, relativa al periodo di rischio non corso. Ai fini del rimborso si tiene conto di eventuali importi dovuti dal Contraente.

In tutte le ipotesi di recesso, come disciplinate agli art. 1.6.1, 1.6.2, 1.6.3 e 1.6.4, la Società congiuntamente alla volontà espressa di recedere dal contratto dovrà fornire, nella comunicazione stessa di recesso, al Contraente tutti i dati di cui all'art. 1.15 - "Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio" necessari per la redazione del bando di gara per l'affidamento del nuovo contratto assicurativo. Si precisa che il recesso non produce effetto in caso di mancata produzione dei dati richiamati.

In tutte le ipotesi di recesso, come disciplinate di cui agli art. 1.6.1, 1.6.2, 1.6.3 e 1.6.4, qualora alla data di efficacia dello stesso, il Contraente non sia riuscito ad affidare il nuovo contratto di assicurazione, a semplice richiesta di quest'ultima, la Società s'impegna a prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni, contrattuali ed economiche, in vigore per un periodo massimo di 180 (centottanta) giorni (c.d. "proroga tecnica").

ART. 1.7 - PROVA DEL CONTRATTO E MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

La Società è obbligata a rilasciare al Contraente la polizza di assicurazione e le relative appendici contrattuali entro e non oltre 30 giorni dalla data di effetto di ciascun documento.

Le eventuali modifiche alla presente polizza debbono essere provate per iscritto. Eventuali variazioni che comportino aumenti di premio si ritengono operanti dalla decorrenza richiesta, fermo restando il pagamento del relativo premio nei termini di cui al precedente art. 1.4 Pagamento del premio e decorrenza della garanzia.

ART. 1.8 – CESSAZIONE ANTICIPATA DEL CONTRATTO

In caso di appalto con durata poliennale, è data facoltà alle parti di disdettare la polizza al termine di ciascuna annualità assicurativa, mediante lettera raccomandata da inviare alla controparte con almeno 90 giorni di preavviso rispetto alla scadenza dell'annualità. Qualora alla data di scadenza, il Contraente non sia riuscito ad affidare il nuovo contratto di assicurazione, a semplice richiesta di quest'ultimo, la Società s'impegna a prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni, contrattuali ed economiche, in vigore per un periodo massimo di 180 (centottanta) giorni (c.d. "proroga tecnica").

ART. 1.9 – FORMA DELLE COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente è tenuto devono essere fatte con lettera raccomandata (anche a mano) od altro mezzo (pec, email o simili) indirizzata alla Società e viceversa.

ART. 1.10 – ONERI FISCALI

Tutti gli oneri, presenti e futuri, relativi al premio sono a carico del Contraente anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

ART. 1.11 – FORO COMPETENTE

Foro competente è esclusivamente quello del luogo ove ha sede il Contraente.

ART. 1.12 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

ART. 1.13 – 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, ferma restando – in deroga al medesimo articolo 1911 c.c. – la responsabilità solidale di tutte le Imprese coassicurate nei confronti del Contraente e dell'Assicurato per le obbligazioni assunte con la stipula dell'Assicurazione.

La Spettabile....., 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 inviare ogni comunicazione relativa all'Assicurazione, ivi incluse quelle relative a proroghe e recesso.

in nome proprio e per conto delle Coassicuratrici.

La firma apposta dalla Società Delegataria rende l'atto valido ad ogni effetto, anche per la parte delle medesime.

La Delegataria è altresì incaricata dalle altre Coassicuratrici per la gestione, esecuzione del contratto e l'esazione dei premi o degli importi comunque dovuti dal Contraente in dipendenza del contratto, contro

rilascio dei relativi atti di quietanza. Il Contraente provvederà alla rimessa del premio direttamente ed unicamente nei confronti della Società Delegataria, la quale provvederà, secondo gli accordi presi, alla rimessa nei confronti delle Coassicuratrici delle quote di premio ad esse spettanti.

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

ART. 1.14 - CLAUSOLA BROKER

Il Contraente dichiara di aver affidato la gestione della presente polizza al broker ai sensi della Legge 28.11.1984 n.792 e del D. Lgs. 209/2005. Nel caso di Coassicurazione ex art. 1911 del C.C, il Broker tratterà con la Società Delegataria la quale informerà le Società Coassicuratrici. Queste saranno tenute a riconoscere come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di ordinaria gestione compiuti dalla Società Delegataria.

Il Contraente e la Società si danno reciprocamente atto che ogni comunicazione inerente l'esecuzione della presente assicurazione avverrà per il tramite del Broker incaricato; pertanto, agli effetti delle condizioni della presente polizza, si dà e si prende atto che ogni comunicazione fatta dal Contraente/Assicurato al Broker si intenderà come fatta alla Società e viceversa, mentre ogni comunicazione fatta dal Broker alla Società si intenderà come fatta dal Contraente/Assicurato stesso.

Si conviene espressamente che l'opera del Broker, unico intermediario nei rapporti con le Compagnie di Assicurazione, verrà remunerata dalle Società con le quali verranno stipulati, modificati, e/o prorogati i contratti nella misura dell'aliquota provvigionale pari all'8% (otto per cento). La remunerazione del Broker non dovrà in ogni caso rappresentare un costo aggiuntivo per il Contraente, e andrà dalla Società assorbita nella componente di costo altrimenti identificata nel premio, per gli oneri di distribuzione e produzione

Nel rispetto degli adempimenti previsti dalla normativa vigente si precisa che, con riferimento all'art. 118 del D.Lgs. 209/2005 ss.mm.ii, ed all'art. 55 del Regolamento ISVAP n. 05/2006, il Broker è autorizzato ad incassare i premi. La Società, inoltre, riconosce che tale atto è liberatorio per l'Assicurato/Contraente

ART. 1.15 - OBBLIGO DI FORNIRE I DATI DELL'ANDAMENTO DEL RISCHIO

La Società nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di riservatezza dei dati personali, entro 60 giorni naturali e consecutivi dal termine di ciascuna annualità assicurativa, nonché, in ogni caso di risoluzione anticipata del contratto, contestualmente all'esercizio del recesso nonché oltre la scadenza contrattuale, al 31/12 di ogni anno e fino alla completa definizione di tutti i sinistri compresi i riservati, *si impegna* a fornire al Contraente, in formato elettronico Microsoft Excel® o altro supporto informatico equivalente purché editabile, il dettaglio dei sinistri, aggiornato a non oltre i 60 giorni precedenti, così articolato:

- sinistri denunciati con indicazione del numero di sinistro attribuito dalla Società, data di accadimento dell'evento, data di denuncia, descrizione dell'evento, nonché lo stato del sinistro come di seguito elencato:
 - a) sinistri riservati con indicazione dell'importo a riserva;

- b) sinistri pagati parzialmente con indicazione dell'importo già liquidato e la data di pagamento;
- c) sinistri liquidati con indicazione dell'importo liquidato e la data di pagamento;
- d) sinistri senza seguito;
- e) sinistri respinti.

Tali report dovranno essere forniti preferibilmente anche in assenza di formale richiesta scritta del Contraente o del broker fermo restando che la semplice richiesta scritta del Contraente o del Broker attiva gli obblighi di cui sopra. Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al Contraente di chiedere e ottenere un aggiornamento con le modalità di cui sopra in date diverse da quelle indicate. La Società si impegna a trasmettere l'aggiornamento dei sinistri entro e non oltre 10 giorni naturali e consecutivi dalla ricezione della richiesta.

La violazione degli obblighi descritti al presente articolo dà facoltà al Contraente di sanzionare l'inottemperanza della Società mediante l'applicazione di penali. Per ciascuna inadempienza sarà applicata una penale progressiva per ogni giorno di ritardo determinata nel modo seguente: 0,25% dell'ammontare netto contrattuale con un importo massimo pari al 2% del valore dell'appalto.

Gli importi delle penali saranno prelevati dal Contraente dall'importo della cauzione definitiva versata a garanzia del corretto adempimento delle obbligazioni assunte, di cui alla Documentazione di gara.

ART. 1.16 - ELEMENTI PER IL CALCOLO DEL PREMIO

Il premio viene anticipato in base all'applicazione dei seguenti tassi forniti dalla Società in sede di offerta economica, che rimangono fissi per tutta la durata del contratto, da applicarsi sui parametri espressamente indicati:

	Categoria assicurata	Parametro preventivato RAL	Tasso lordo
Cat. A	Dipendenti e Quadri	€ 4.555.000,00
Cat. B	Dirigenti, Componenti del Comitato di Gestione, del Collegio Sindacale, dell'Organismo di Vigilanza	€ 945.000,00
Totale premio lordo annuo anticipato (da inserire in seguito all'aggiudicazione dell'appalto in sede di emissione della polizza)			€

Il calcolo del premio di regolazione, se dovuto, verrà effettuato utilizzando i tassi sopra indicati.

ART. 1.17 –REGOLAZIONE E CONGUAGLIO DEL PREMIO

Il premio viene anticipato, in via provvisoria, per l'importo risultante dal conteggio esposto al precedente art. 1.16 "Elementi per il calcolo del premio", e lo stesso sarà regolato alla fine del periodo assicurativo annuo o minor periodo assicurativo, secondo le variazioni intervenute, durante lo stesso periodo, negli elementi presi come base per il calcolo del premio.

A tale scopo, entro 90 giorni dalla fine dell'anno assicurativo o minor periodo, il Contraente deve fornire, per iscritto, i dati necessari per la regolazione del premio alla Società (per il tramite del Broker), che provvederà ad emettere ed a recapitare al Broker la relativa appendice contrattuale.

Le differenze, attive e/o passive, risultanti dalla regolazione, devono essere pagate entro 60 giorni dalla data di ricezione da parte del broker del relativo documento, ritenuto corretto. La Società rinuncia espressamente alle azioni di cui al D.Lgs 192/2012 per il citato periodo di comporta.

Se nel termine di cui sopra il Contraente non fa luogo alle anzidette comunicazioni circa la regolazione del premio, oppure non paga la differenza attiva del premio dovuto nei termini indicati, la Società deve fissargli mediante atto formale di messa in mora un ulteriore termine non inferiore a 60 giorni, dandone comunicazione al medesimo a mezzo lettera raccomandata o pec, trascorso il quale la garanzia resterà sospesa, fermo l'obbligo del Contraente di adempiere ai suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare con lettera raccomandata o pec la risoluzione del contratto.

Dopodiché in caso di inadempimento, a seguito dell'ulteriore atto formale di messa in mora, gli eventuali sinistri accaduti nel periodo a cui la regolazione si riferisce verranno indennizzati in proporzione diretta al rapporto tra il premio anticipato in via provvisoria e quello effettivamente dovuto (somma tra il premio anticipato e quello di regolazione). Per detti sinistri la Società ha diritto a recuperare quanto già pagato più del dovuto e ha facoltà di comunicare per pec la risoluzione del contratto, fermo restando il suo diritto di agire giudizialmente per il recupero dei premi non versati.

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

ART. 1.18 – TRACCIABILITÀ FLUSSI FINANZIARI

Le parti:

- La Società ai sensi e per gli effetti dell'art. 3, comma 7, Legge 136/2010 s.m.i., si impegna a comunicare sia al Broker, intermediario dei premi ai sensi della apposita "clausola broker", sia alla Stazione Appaltante, gli estremi identificativi dei conti correnti dedicati di cui al comma 1 della medesima Legge, entro sette giorni dalla loro accensione, o nel caso di conti correnti già esistenti, dalla loro prima utilizzazione in operazioni finanziarie relative alla commessa pubblica, nonché, nello stesso termine, le generalità ed il codice fiscale delle persone delegate ad operare su di essi. La Società si impegna, altresì, a comunicare ogni eventuale variazione relativa ai dati trasmessi.

- Il Broker ai sensi e per gli effetti dell'art. 3, comma 7, Legge 136/2010 s.m.i., si impegna a comunicare alla Contraente ogni eventuale variazione relativa ai dati trasmessi.

Il presente contratto, si intenderà risolto di diritto nel caso in cui le transazioni dovessero essere eseguite senza avvalersi di banche o della società Poste italiane S.p.A. ovvero con altri strumenti di pagamento idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni.

L'appaltatore, il subappaltatore o il subcontraente che ha notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria di cui al presente articolo ne dà immediata comunicazione alla Stazione Appaltante e alla prefettura-ufficio territoriale del Governo della provincia ove ha sede la Stazione Appaltante o l'amministrazione concedente.

ART. 1.19 - VALIDITA' TEMPORALE

Le garanzie prestate avranno efficacia per i fatti accaduti durante la vigenza del presente contratto

ART. 1.20 - VALIDITA' DELLE NORME DATTILOSCRITTE

L'eventuale discordanza tra le Definizioni, Condizioni Generali di Assicurazione, le Norme che regolano l'assicurazione Infortuni, le Norme che regolano la Gestione dei Sinistri, le Condizioni Particolari, i regolamenti interni del Contraente, il Codice degli Appalti, le disposizioni legislative in materia, le norme del Codice Civile sui contratti di assicurazione, verrà risolta sempre nella maniera più favorevole al Contraente e/o agli Assicurati.

Il presente capitolato, assumerà, a tutti gli effetti la validità di contratto anche per quanto riguarda le norme contenute, il prezzo, le scadenze, la decorrenza della garanzia assicurativa.

Si conviene fra le parti che contrattualmente si intendono operanti solo le norme dattiloscritte presenti nel capitolato tecnico, che annullano e sostituiscono integralmente tutte le condizioni richiamate e riportate sulla modulistica utilizzata dalla Società. Saranno ammesse solo le modifiche espressamente indicate in sede di offerta.

La firma apposta dal Contraente e dall'Agenzia su modelli a stampa forniti dalla Società Assicuratrice vale solo quale presa d'atto del numero assegnato al contratto, del premio e dell'eventuale ripartizione del rischio tra le Società partecipanti all'Associazione temporanea di imprese/Coassicurazione (se esistente).

ART. 1.21 - TITOLARITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi del D.lgs. 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679, ciascuna delle parti (Contraente, Assicurato, Società, Broker) consente il trattamento dei dati personali rilevabili dalla polizza o che ne derivino, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali.

La Società agisce quindi in qualità di "autonomo titolare" del trattamento dei dati trattati per la gestione delle polizze e dei sinistri dell'Ente ai sensi delle citate norme di legge.

ART. 1.22 - OBBLIGO DI RISERVATEZZA

Le proposte e le informazioni reciprocamente fornite nel corso dello svolgimento del contratto saranno considerate di natura riservata. La Società è, pertanto, tenuta al rispetto del segreto professionale.

La Società è obbligata a porre in essere tutte le attività necessarie a garantire l'ottemperanza alle disposizioni di cui al Regolamento UE 27 aprile 2016, n. 2016/679/UE e al D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196, nonché ad osservare e a far osservare ai propri dipendenti, incaricati e collaboratori, la più assoluta riservatezza rispetto a tutti i dati e le informazioni di cui avrà conoscenza nello svolgimento del servizio, come pure l'obbligo di non divulgarli e di non farne oggetto di utilizzazione a qualsiasi titolo, se non dietro preventivo consenso da parte del contraente.

ART. 1.23 – PTPCT E REGOLAMENTO PER L'UTILIZZO DI DOTAZIONI E STRUMENTI INFORMATICI

L'Aggiudicatario si obbliga ad uniformare la propria condotta ai principi e alle disposizioni contenuti nel Codice Etico, nel Modello di organizzazione, gestione e controllo, di cui al D. Lgs. n. 231/01 e s.m.i. ("MOG") e nel Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ("PTPCT") adottati dalla CSEA e pubblicati sul sito www.csea.it, nella sezione "Amministrazione Trasparente", in quanto applicabili.

L'Aggiudicatario si obbliga altresì a rispettare, per quanto applicabile, il "Regolamento per l'utilizzo di dotazioni e strumenti informatici della CSEA", che costituisce parte integrante del Contratto.

La mancata osservanza dei suddetti principi e disposizioni è causa di risoluzione del Contratto ai sensi dell'art. 1456. L'aggiudicatario si impegna, inoltre, a manlevare il contraente da eventuali sanzioni o danni che dovessero derivare alla CSEA dalla violazione dell'impegno di cui al comma 1"

ART. 1.24 – LEGITTIMAZIONE

La Società dà e prende atto che, in ottemperanza a quanto previsto dalla Legge o dai CCNL al riguardo, la presente polizza viene stipulata, a favore degli Assicurati, dal Contraente che adempie agli obblighi previsti dall'assicurazione stessa. Per effetto di quanto precede, la Società riconosce il consenso degli Assicurati stessi sin dalla stipula del contratto anche se non formalmente documentato

ART. 1.25 – RISOLUZIONE E CLAUSOLA RISOLUTIVA ESPRESSA

Fermo restando quanto previsto dall'art. 1453 del Codice Civile, per i casi di inadempimento delle obbligazioni contrattuali, il Contraente potrà procedere in pieno diritto alla risoluzione immediata ipso iure del Contratto, ai sensi dell'art. 1456 del Codice Civile, nei casi di seguito elencati, che configurano ai sensi e per gli effetti di cui al citato articolo, inadempimenti gravi e sostanziali:

- Violazione del divieto di cessione di cui all'art.119, comma 1 del D.Lgs. 36/2023 e s.m.e.i.
- Violazione degli obblighi statuiti dall'art. 1.22 "Obbligo di riservatezza";
- Sussistenza di una delle condizioni di esclusione dai pubblici appalti;
- Accertamento della non corrispondenza al vero delle dichiarazioni e/o delle informazioni fornite dalla Società ai fini della partecipazione alla gara e all'aggiudicazione della stessa;
- accertamento del venir meno dei requisiti minimi richiesti per la partecipazione alla gara;
- mancata reintegrazione, entro il termine di 10 (dieci) giorni lavorativi dal ricevimento della relativa richiesta da parte della CSEA, della garanzia fideiussoria eventualmente escussa;

La risoluzione si verifica di diritto mediante unilaterale dichiarazione del Contraente, da effettuare con posta elettronica certificata."

ART. 2 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

ART. 2.1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE E PERSONE ASSICURATE

La presente Polizza è stipulata dal Contraente in nome e per conto dei soggetti sottoindicati (Assicurati) e le eventuali ulteriori figure che potranno essere previste in futuro

L'assicurazione vale, purché il Contraente ne abbia interesse, per gli infortuni che le categorie di seguito indicate, subiscano:

Cat. A: Dipendenti e Quadri

la garanzia è operante per gli infortuni occorsi nello svolgimento di tutte le attività professionali a loro spettanti, o nello svolgimento di ogni altra attività che non abbia carattere professionale, compreso il rischio in itinere.

Per tale tipologia di rischio, il parametro per il calcolo del premio è rappresentato dalle retribuzioni

Cat. B: Dirigenti, Componenti del Comitato di Gestione, del Collegio Sindacale, dell'Organismo di Vigilanza

la garanzia è operante per gli infortuni occorsi nello svolgimento di tutte le attività professionali a loro spettanti, o nello svolgimento di ogni altra attività che non abbia carattere professionale, compreso il rischio in itinere.

Per tale tipologia di rischio, il parametro per il calcolo del premio è rappresentato dalle retribuzioni percepite.

percepite.

ART. 2.2 - RISCHI INCLUSI NELL'ASSICURAZIONE

Ai sensi della presente polizza sono considerati parificati ad infortunio anche i seguenti eventi:

- ✓ annegamento, anche a seguito di incidente stradale;
- ✓ folgorazione;
- ✓ effetti delle influenze termiche ed atmosferiche;
- ✓ assideramento e/o congelamento;
- ✓ asfissia per involontaria aspirazione di gas o vapori, soffocamento da ingestione di solidi e liquidi e comunque di qualunque corpo estraneo;
- ✓ avvelenamenti acuti da ingestione di cibo o altra sostanza;
- ✓ intossicazione anche non avente origine traumatica;
- ✓ ustioni in genere e lesioni da contatto con sostanze corrosive;
- ✓ i colpi di sole o di calore;
- ✓ le lesioni muscolari (esclusi gli infarti);
- ✓ le ernie traumatiche e da sforzo, incluse anche le ernie discali;
- ✓ conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche o di altre cure rese necessarie da infortunio;

- ✓ danni estetici conseguenti ad infortunio;
- ✓ le rotture sottocutanee dei tendini;
- ✓ colpi di sonno
- ✓ morsi di animali, punture di insetti, aracnidi;

Sono inoltre compresi i seguenti eventi:

- ❖ infortuni sofferti in stato di malore o incoscienza;
- ❖ infortuni derivanti da imperizia, imprudenza, negligenza o colpa grave;
- ❖ infortuni subiti in occasione di inondazioni, alluvioni, straripamenti, caduta del fulmine, eruzioni vulcaniche, movimenti tellurici, maremoto, frane, valanghe, slavine, caduta di rocce, alberi, pietre e simili ed altri eventi naturali; per tale estensione, rimane inteso, che in nessun caso la Società liquiderà somma superiore per sinistro ed anno assicurativo, o minor periodo qualora previsto, ad Euro 5.000.000,00
- ❖ infortuni subiti in occasione di tumulti popolari, atti di terrorismo, scioperi sommosse, sabotaggio, attentati, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva; per tale estensione, rimane inteso, che in nessun caso la Società liquiderà somma superiore per sinistro ed anno assicurativo, o minor periodo qualora previsto, ad Euro 5.000.000,00
- ❖ infortuni subiti in occasione di aggressioni e violenze in genere;
- ❖ infortuni derivanti dall'uso o guida di mezzi.

Il coma irreversibile è equiparato a morte.

ART. 2.3 - DELIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE - ESCLUSIONI

Sono esclusi dalla presente assicurazione gli infortuni derivanti:

- 1) dall'uso e guida di mezzi di locomozione aerei e subacquei salvo quanto previsto all'art. Rischio volo qualora presente o operante
- 2) dalla pratica di sport aerei e subacquei in genere;
- 3) derivanti da guerra e/o insurrezioni, salvo quanto eventualmente previsto dal presente capitolato;
- 4) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche;
- 5) da abuso di psicofarmaci e/o dall'uso non terapeutico di sostanze stupefacenti e/o di allucinogeni;
- 6) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, accertati con giudizio penale passato in giudicato, salvo che siano conseguenti a legittima difesa o umana solidarietà;
- 7) da stato di intossicazione acuta alcolica alla guida di qualsiasi veicolo e/o natante;
- 8) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- 9) da contaminazioni chimiche e biologiche dovute ad atti di terrorismo.
- 10) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio

11) da danni causati da, dovuti a, conseguenti a malattie trasmissibili, epidemie, pandemie. La presente esclusione opera indipendentemente dal riconoscimento pubblico dell'epidemia o della pandemia ed a prescindere dall'esistenza, o meno, di una dichiarazione di emergenza di sanità pubblica di portata nazionale o internazionale e, comunque, si applica anche a danni verificatisi prima dell'eventuale riconoscimento pubblico dell'emergenza epidemica o pandemica, purché siano riferibili a malattie infettive che si manifestino con la sintomatologia e fenomenologia dell'epidemia o della pandemia.

12) da pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o di ghiaccio, speleologia, pratica dello sci, bob, rugby, football americano;

ART. 2.4 - CATEGORIA E SOMME ASSICURATE

Le garanzie sono prestate per le seguenti categorie e somme assicurate:

Cat. A: Dipendenti e Quadri

Caso Morte: 5 volte la Retribuzione Lorda annua con il massimo indennizzo di € 600.000,00

Caso Invalidità permanente: 6 volte la Retribuzione Lorda annua con il massimo indennizzo di € 720.000,00

Rimborso spese mediche: € 2.500,00

Diaria da Ricovero: € 50,00 massimo 180 giorni

Cat. B: Dirigenti, Componenti del Comitato di Gestione, del Collegio Sindacale, dell'Organismo di Vigilanza

Caso Morte: 5 volte la Retribuzione Lorda annua con il massimo indennizzo di € 1.500.000,00

Caso Invalidità permanente: 6 volte la Retribuzione Lorda annua con il massimo indennizzo di € 1.800.000

Rimborso spese mediche: € 5.000,00

Diaria da Ricovero: € 75,00 massimo 180 giorni

ART. 2.5 - ESONERO DENUNCIA GENERALITÀ DEGLI ASSICURATI

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate.

Per l'identificazione di tali persone, si farà riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione del Contraente.

ART. 2.6 - ASSICURABILITÀ

Le garanzie assicurative non valgono per le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, epilessia o dalle seguenti infermità mentali: schizofrenia, sindromi organiche-cerebrali, forme maniaco

depressive, stati paranoici; l'assicurazione, altresì, cessa con il manifestarsi di una delle predette condizioni.

L'assicurazione non vale, inoltre, per le persone di età maggiore di 80 anni. Tuttavia per persone che raggiungano tale età nel corso del contratto di assicurazione, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa al compimento di detto termine, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti, dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso verranno restituiti a richiesta del Contraente

ART. 2.7 - ESTENSIONE TERRITORIALE

La presente assicurazione vale per il mondo intero.

ART. 2.8 - MORTE

La somma assicurata per il caso Morte viene liquidata dalla Società ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi in parti uguali, purché la morte dell'Assicurato risulti conseguente ad un infortunio risarcibile a termini di polizza e questa si verifichi entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio stesso è avvenuto.

ART. 2.9 - INVALIDITÀ PERMANENTE

Se l'infortunio ha per conseguenza una Invalidità Permanente e questa si verifica entro due anni dal giorno nel quale è avvenuto, la Società liquida per tale titolo una indennità calcolata sulla somma assicurata per invalidità assoluta, secondo la tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali, (con esclusione comunque di ogni e qualsiasi invalidità conseguente a malattia professionale) approvata con D.P.R. del 30-06-1965 n. 1124, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista.

In caso di perdita anatomica o funzionale di un organo o di un arto già minorato le percentuali di cui sopra sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente

Per gli Assicurati mancini, le percentuali di Invalidità Permanente previste dalla precisata tabella per l'arto superiore destro varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa.

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

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

ART. 2.10 - CUMULO DI INDENNITÀ

L'indennità per Invalidità Permanente non è cumulabile con quella per Morte. Se dopo il pagamento di una indennità per invalidità permanente, ma entro un due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari designati o, in difetto,

agli eredi, la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di Morte, ove questa sia superiore, e non chiede rimborso nel caso contrario.

Il diritto all'indennità per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Società paga agli eredi l'importo liquidato od offerto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

ART. 2.11 - FRANCHIGIA

Le garanzie della presente polizza sono prestate senza l'applicazione di alcuna franchigia salvo quanto previsto per il Caso Invalidità Permanente della Categoria A – Dipendenti/Quadri per i quali è prevista una franchigia del 3% con annullamento al raggiungimento del 10% di Invalidità Permanente.

ART. 2.12 – SANZIONI E RESTRIZIONI INTERNAZIONALI

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

ART. 2.13 – DIARIA DA RICOVERO

Se in conseguenza di infortunio indennizzabile a termini di polizza l'assicurato viene ricoverato in Istituto di Cura, la Società corrisponde l'indennità giornaliera assicurata, pattuita per ogni giorno di ricovero, per un periodo massimo di 180 giorni per evento (consecutivi o non).

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

L'indennizzo per diaria da ricovero è cumulabile con quelli dovuti per morte ed invalidità permanente.

ART. 3 - NORME CHE REGOLANO LA GESTIONE DEI SINISTRI

ART. 3.1 - OBBLIGHI DEL CONTRAENTE IN CASO DI SINISTRO

Entro 30 giorni dal fatto o dal giorno in cui l'ufficio competente del Contraente ne è venuto a conoscenza deve essere fatta denuncia di ciascun sinistro al Broker. La denuncia deve contenere la narrazione del fatto, l'indicazione delle conseguenze, il nome ed il domicilio degli infortunati e dei testimoni, la data, il luogo e le cause del sinistro.

Il Contraente deve poi far seguire, nel più breve tempo possibile, la ulteriore documentazione del caso.

ART. 3.2 - OBBLIGHI DELLA SOCIETÀ IN CASO DI SINISTRO

La Società deve:

- comunicare al Contraente e all'Assicurato, per il tramite del Broker, l'apertura del sinistro, il numero di repertorio attribuito e l'indicazione dell'ulteriore documentazione di cui avesse necessità per l'istruttoria della pratica, il nominativo del perito, con il relativo recapito, entro 10 giorni dalla ricezione della denuncia del sinistro;
- comunicare la proposta di indennizzo all'Assicurato ed al Contraente, per il tramite del Broker, entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione e compiuti gli accertamenti del caso ovvero entro 45 giorni dalla visita medico legale
- Il pagamento dovrà avvenire entro 30 giorni dalla restituzione degli atti di liquidazione firmati. Trascorso il termine di cui sopra senza che la Società provveda alla liquidazione del danno, sulle somme da liquidare saranno dovuti interessi moratori nella misura del 10%.
- La Società effettua il rimborso delle spese mediche di cui al successivo art. 4.8 a cura ultimata e previa presentazione dei documenti giustificativi di spesa in originale.

ART. 3.3 - CONTROVERSIE

In caso di divergenze sulla natura e sulle conseguenze delle lesioni, sul grado di invalidità permanente, l'Assicurato e la Società, si obbligano a conferire mandato, con scrittura privata, ad un Collegio di tre medici di decidere a norma e nei limiti delle Condizioni di polizza. Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge.

La proposta di convocare il Collegio Medico deve partire dall'Assicurato o dagli aventi diritto e deve essere fatta per iscritto con l'indicazione del nome del medico designato, dopo di che la Società comunica all'Assicurato il nome del medico che essa a sua volta designa. Il terzo medico viene scelto dalle Parti sopra una terna di medici proposta dai primi due; in caso di disaccordo lo designa il Segretario dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio Medico. Nominato il terzo medico, la Società convoca il Collegio invitando l'Assicurato a presentarsi.

Il Collegio Medico risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza/domicilio dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico. La decisione del Collegio Medico è obbligatoria per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

ART. 3.4 - ANTICIPO INDENNIZZI

In caso di infortunio che provochi un'invalidità permanente sicuramente superiore al 30%, l'Assicurato ha facoltà di richiedere un anticipo indennizzo.

Tale richiesta può essere presentata trascorsi almeno 30 giorni dall'inoltro della denuncia di infortunio e la Società, entro i 90 giorni successivi, provvederà ad erogare un importo pari al 50% della somma che, sulla base delle stime preliminari effettuate dai medici, risulterà al momento liquidabile. Quando esistono giustificati dubbi sull'entità o sull'indennizzabilità del danno non si potrà dare luogo all'erogazione di anticipi.

L'importo degli eventuali anticipi erogati verrà detratto dalla liquidazione definitiva del danno. Il pagamento di tale anticipo avverrà entro 30 giorni dal ricevimento della certificazione medica da cui risulti l'entità presunta dell'Invalidità.

ART. 3.5 LIQUIDAZIONE DEL DANNO

Ai fini della liquidazione delle indennità previste dalla presente assicurazione, si intende per retribuzione annua dell'infortunato quella percepita e/o maturata per i titoli di cui al contratto di lavoro nel mese immediatamente precedente a quello in cui si è verificato l'infortunio, moltiplicata per il numero di mensilità previste dal contratto stesso.

A tale importo dovranno essere aggiunte le somme relative a voci retributive non corrisposte con periodicità mensile ma effettivamente percepite dall'infortunato nei dodici mesi precedenti la data dell'infortunio, purché su tali somme sia stato conteggiato o sia conteggiabile il premio assicurativo.

Ai fini della presente clausola, per "retribuzioni non pagabili ricorrentemente in ciascun mese" si intendono, a titolo esemplificativo e non esaustivo: mensilità aggiuntive, premi di produzione, incentivi, provvigioni, indennità di trasferta, bonus, compensi arretrati e compensi per lavoro straordinario.

Per gli infortunati che non abbiano ancora raggiunto un anno di servizio, la retribuzione annua si determina moltiplicando per trecentosessantacinque (365) la retribuzione media giornaliera percepita dall'infortunato nel periodo intercorrente tra la data di assunzione e quella dell'infortunio.

L'indennità viene corrisposta in Italia in valuta corrente. La Società, qualora abbia liquidato o comunque offerto in misura determinata l'indennizzo per la invalidità permanente da infortunio e l'assicurato sia deceduto entro due anni dall'evento, ed in conseguenza di questo, pagherà agli aventi diritto, secondo le norme della successione legittima o testamentaria, la differenza tra questo e l'indennizzo determinato per il caso di morte, se superiore, e nulla richiedendo in caso contrario.

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

Parimenti, nei casi di preesistente mutilazione o difetto fisico, l'indennizzo per invalidità permanente è liquidato per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra.

ART. 4 – CONDIZIONI PARTICOLARI

ART. 4.1 - RINUNCIA ALLA RIVALSA

La Società, a deroga di quanto disposto dell'art. 1916 Codice Civile, rinuncia al diritto di surroga nei confronti dei responsabili degli eventuali sinistri.

ART. 4.2 - 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 il capitale previsto per il caso Morte. La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termine degli artt. 60 e 62 Codice Civile.

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

A restituzione avvenuta dell'intera somma liquidata, l'Assicurato non deceduto potrà far valere i propri diritti per l'invalidità eventualmente subita e residua, anche se nel frattempo fossero trascorsi oltre due anni dall'evento subito e, quindi, senza che si possano da parte della Società invocare eventuali termini di prescrizione, che, al più, decorreranno da quel momento.

ART. 4.3 - ERNIE TRAUMATICHE E DA SFORZO

A specificazione di quanto disposto a tale proposito all'art. 2.2 (Rischi inclusi nell'assicurazione), si conviene che l'assicurazione comprende, limitatamente al caso di Invalidità Permanente, le ernie, con l'intesa che:

- nel caso di ernia addominale non operabile secondo parere medico, viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 10% (dieci per cento) della somma assicurata;
- qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio medico, di cui all'art. 3.3 (Controversie).

ART. 4.4 - RISCHIO IN ITINERE

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

ART. 4.5 - MORSI DI ANIMALI, PUNTURE DI INSETTI

Resta convenuto tra le parti che sono considerati infortuni le lesioni causate da infezioni acute obiettivamente accertate, avvelenamenti e le alterazioni patologiche che derivassero direttamente da

punture di insetti e/o morsi di animali (compresi gli aracnidi e rettili) con esclusione della malaria, del carbonchio e malattie tropicali.

Sono altresì comprese in garanzia le ustioni causate da animali e/o vegetali in genere, nonché le infezioni (comprese quelle tetaniche) conseguenti ad infortuni risarcibili a termine di Capitolato

ART 4.6 - DANNI ESTETICI

Si conviene che, in caso di infortunio che abbia cagionato un danno di carattere estetico e lo stesso risulti non altrimenti indennizzabile ai termini del presente contratto, la Società riconoscerà il rimborso delle spese mediche sostenute dall'Assicurato per la riduzione del danno fino a concorrenza di Euro 3.000,00= per evento.

ART. 4.7 RISCHIO GUERRA

La garanzia viene estesa agli infortuni avvenuti all'estero (escluso comunque il territorio della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino) derivanti da stato di guerra civile, guerra, invasione, atti nemici, ostilità (sia che la guerra sia dichiarata e no), per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di eventi bellici mentre si trova all'estero

ART. 4.8 - RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO

La Società rimborsa agli Assicurati, in caso di infortunio risarcibile a termini di polizza, il costo delle cure mediche sostenute, fino a concorrenza, per ogni evento, dell'importo indicato all'Art. 2.4 Categorie e somme assicurate.

Per cure mediche si intendono :

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

Si precisa che fra le spese rimborsabili di cui sopra sono compresi i "ticket" pagati per le prestazioni usufruite dal S.S.N.

Si precisa che la predetta elencazione è a titolo esemplificativo e non esaustivo.

ART 4.9 - TRASPORTO DELL'ASSICURATO

Qualora l'Assicurato venga ritenuto non curabile nell'ambito della organizzazione ospedaliera del luogo ove è avvenuto l'infortunio, la Società rimborsa fino alla concorrenza di Euro 3.000,00 le spese di trasferimento con il mezzo più idoneo al centro ospedaliero attrezzato per la cura dell'Assicurato più vicino alla sua residenza.

Qualora il decesso dell'Assicurato avvenga in una località diversa da quella della sede di lavoro o della residenza dell'Assicurato, la Società rimborserà fino alla concorrenza di Euro 3.000,00 le spese necessarie per il trasporto della salma fino alla residenza dell'Assicurato.

ART 4.10 - LIQUIDAZIONE INVALIDITÀ PERMANENTE

Per i casi di invalidità permanente conseguenti ad infortunio di grado non inferiore al 40% accertato con i criteri di indennizzabilità previsti dalle condizioni del presente capitolato verrà corrisposto un indennizzo pari al 100% del capitale assicurato.

ART 4.11 - CESSAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO CAUSATO DA INFORTUNIO

In caso di Invalidità Permanente cagionata da infortunio che determini la cessazione del rapporto di lavoro, la Società corrisponderà un indennizzo in misura pari alla somma assicurata per il caso di invalidità permanente assoluta.

ART. 4.12 - ESONERO DENUNCIA DI INFERMITÀ E DIFETTI

Fermo restando quanto disposto dall'Art. 2 "Norme che regolano l'assicurazione Infortuni", si dà atto che il Contraente è esonerato dalla denuncia di difetti, infermità o mutilazioni cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione del contratto o che dovessero in seguito sopravvenire.

In caso di infortunio, l'indennità per Invalidità Permanente viene liquidata per le sole conseguenze dirette causate dall'infortunio, conformemente a quanto previsto dal presente contratto.

ART 4.13 - LIMITE DI INDENNIZZO CUMULATIVO

Resta convenuto tra le parti che, nel caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più persone assicurate con la stessa polizza, in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà essere superiore ad Euro 10.000.000,00.

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

ART. 4.14 - RISCHIO VOLO

L'assicurazione è estesa agli infortuni subiti dall'Assicurato durante i viaggi aerei, effettuati in qualità di passeggero (ma non come pilota o altro membro dell'equipaggio) su velivoli ed elicotteri da chiunque eserciti, tranne che:

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

Agli effetti della presente garanzia, il viaggio aereo si intende iniziato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo e terminato nel momento in cui ne discende.

Nel caso in cui la presente polizza sia cumulativa, la somma delle garanzie da questa previste non potrà superare, complessivamente per aeromobile, i capitali di:

Euro 5.000.000,00 per il caso morte

Euro 5.000.000,00 per il caso di invalidità permanente

ART. 4.15 - ESPOSIZIONE AGLI ELEMENTI

La Società, in occasione di arenamento, naufragio, atterraggio forzato di mezzi di trasporto non esclusi dall'Art. 2 "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 organiche permanenti.

ART. 4.16 RAPINA, TENTATA RAPINA, SEQUESTRO DI PERSONA

Resta convenuto che se l'Assicurato muore in conseguenza di rapina, tentata rapina o sequestro di persona, la Società corrisponde il doppio della somma assicurata per il caso Morte. Resta comunque inteso che, indipendentemente dall'indennità assicurata, il maggiore indennizzo da corrispondere non potrà, in ogni caso, superare l'importo di Euro 500.000,00.=.

ART. 4.17 MALATTIE PROFESSIONALI

L'assicurazione viene estesa anche alle malattie professionali che siano insorte nel corso della validità del presente contratto, intendendosi come tali quelle attualmente previste al D.P.R. 30.06.1965 n° 1124, e con la franchigia relativa prevista. E' fatta eccezione per la silicosi, per l'asbestosi, e per le conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, che si intendono pertanto escluse dalla garanzia.

e successive modifiche ed integrazioni, sia le malattie contratte nell'esercizio ed a causa delle mansioni attinenti l'attività del Contraente ivi comprese le malattie contratte dal personale che, ai termini del DPR 13/02/1964 n. 185 e s.m., è esposto ai rischi derivanti da radiazioni.

La valutazione dell'Invalidità Permanente da malattia professionale e la liquidazione dei relativi indennizzi saranno effettuati in conformità alle disposizioni contenute nelle leggi anzidette, fermo restando che gli indennizzi saranno liquidati in capitale anziché in rendita.

ART. 4.18 MALATTIE TROPICALI

La garanzia è prestata per il rischio delle malattie tropicali da cui gli Assicurati fossero colpiti durante un soggiorno in tutto il mondo, con l'intesa che per le malattie tropicali devono intendersi quelle contemplate nel R.D. 07.02.38 n. 281 e successive modifiche ed integrazioni.

La validità della garanzia per le malattie tropicali è subordinata al fatto che gli Assicurati si trovino in perfette condizioni di salute e che si siano sottoposti alle prescritte pratiche di profilassi richieste dalle autorità sanitarie dei paesi ove si recano.

DICHIARAZIONE

Ad ogni effetto di legge, nonché ai sensi dell'art. 1341 Codice Civile, il Contraente e la Società dichiarano di approvare specificatamente le disposizioni degli articoli seguenti delle Condizioni di Assicurazione:

ART. 1.1 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO - VARIAZIONI DEL RISCHIO
SUCCESSIVAMENTE ALL'AGGIUDICAZIONE DEL CONTRATTO

ART. 1.2 - ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI

ART. 1.3 - DURATA DELL'ASSICURAZIONE

ART. 1.4 - PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA

ART. 1.5 - REVISIONE DEL PREZZO

ART. 1.6 - RECESSO

ART. 1.8 - CESSAZIONE ANTICIPATA DEL CONTRATTO

ART. 1.9 - FORMA DELLE COMUNICAZIONI

ART. 1.11 - FORO COMPETENTE

ART. 1.13 - COASSICURAZIONE E DELEGA

ART. 1.14 - CLAUSOLA BROKER

ART. 1.15 - OBBLIGO DI FORNIRE I DATI DELL'ANDAMENTO DEL RISCHIO

ART. 1.16 - ELEMENTI PER IL CALCOLO DEL PREMIO

ART. 1.17 - REGOLAZIONE E CONGUAGLIO DEL PREMIO

ART. 1.19 - VALIDITA' TEMPORALE

ART. 1.20 - VALIDITA' DELLE NORME DATTILOSCRITTE

ART. 1.21 - TITOLARITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

ART. 1.25 - RISOLUZIONE E CLAUSOLA RISOLUTIVA ESPRESSA

IL CONTRAENTE

LA SOCIETÀ

ESECUZIONE ANTICIPATA

Il presente capitolato, dopo il decreto di aggiudicazione del Contraente assumerà, in caso di eventuale richiesta di esecuzione anticipata del servizio ai sensi dell'art. 17 comma 8 e 9 del D.Lgs. 36/2023 e dell'articolo 50, comma 6 del medesimo Decreto e ss.mm.ii., a tutti gli effetti la validità di contratto anche per quanto riguarda le norme contenute, il prezzo, le scadenze, la decorrenza della garanzia assicurativa. Ad aggiudicazione avvenuta, il Contraente dà notizia immediata alla Società che ha vinto la gara/procedura.

La Società aggiudicataria inserirà l'eventuale riparto delle Coassicuratrici che sarà allegato al Capitolato all'atto della firma del Legale Rappresentante del Contraente