

Lotto 5

COPERTURA ASSICURATIVA DEGLI INFORTUNI CUMULATIVA

CIG: 85107751B6

Tra: AMSC Azienda Multiservizi Comunali S.p.A.
con sede in: Via Aleardo Aleardi, 70, Gallarate (VA)
Partita I.V.A./C.F.: 02279540120
e la Spett.le Compagnia Assicuratrice:
si stipula la presente:

POLIZZA INFORTUNI

Nr.

Decorrenza della copertura: Ore 24:00 del 31.12.2020
Scadenza della copertura: Ore 24:00 del 31.12.2023
Scadenze annuali: Ore 24:00 del 31.12 di ogni anno
Tacito rinnovo (SI/NO - indicare): NO
Broker: Willis Italia S.p.A.

Sezione I - DEFINIZIONI	5
Sezione II - CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE	7
Art. 1: Durata del contratto	7
Art. 2: Gestione del contratto	7
Art. 3: Oneri Fiscali	7
Art. 4: Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e buona fede	7
Art. 5: Riferimento alle norme di legge - Foro competente	7
Art. 6: Pagamento del premio - Termini di rispetto	8
Art. 7: Rinuncia al diritto di rivalsa	8
Art. 8: Facoltà di recesso	8
Sezione III - CONDIZIONI PARTICOLARI DELL' ASSICURAZIONE	9
Art. 1 Soggetti assicurati	9
Categoria 1. Amministratore Unico	9
Art. 2: Oggetto dell'assicurazione	9
Art. 3: Efficacia della copertura assicurativa – Limiti territoriali	9
Art. 4: Liquidazione del danno	9
Categoria 2. Dirigenti dell'Azienda	10
Art. 5: Oggetto dell'assicurazione	10
Art. 6: Efficacia della copertura assicurativa – Limiti territoriali	10
Art. 7: Liquidazione del danno	10
Categoria 3. Dipendenti dell'Azienda che aderiscono al CCNL Federgasacqua	12
Art. 8: Oggetto dell'assicurazione	12
Art. 9: Efficacia della copertura assicurativa – Limiti territoriali	12
Art. 10: Liquidazione del danno	12
Categoria 4. Dipendenti Farmacie Comunali	12
Art. 11: Oggetto dell'assicurazione	12
Art. 12: Efficacia della copertura assicurativa – Limiti territoriali	12
Art. 13: Liquidazione del danno	13
Condizioni valide per tutte le categorie	14
Art. 14: Estensioni della copertura	14
Art. 15: Rischio volo	14
Art. 16: Rimborso spese sanitarie a seguito di infortunio	14
Art. 17: Esclusioni	15
Art. 21 Modalità per la liquidazione dell'indennità	15

Art. 18: Controversie sulla definizione del danno	16
Art. 19: Denuncia dei sinistri – obblighi della Società	16
Art. 20: Costituzione del premio e regolazione - Altre assicurazioni - Buona fede	16
Art. 21: Suddivisione del premio	17
Art. 22: Partecipazione delle Società – Associazione temporanea di imprese	17
Art. 23: Trattamento dei dati	17
Art. 24: Disposizione finale	17
Art. 25: Tracciabilità dei flussi finanziari	18
CONTEGGIO DEL PREMIO DI POLIZZA	19

Sezione I - DEFINIZIONI

Ai fini del presente contratto assicurativo, si conviene che e si intende per:

Assicurato: il soggetto, persona fisica o giuridica, il cui interesse è protetto dalla assicurazione.

Contraente: il soggetto, persona giuridica, che stipula la assicurazione, ossia AMSC SpA, denominato anche **Azienda**

Attività del Contraente:

Società a capitale pubblico partecipata dagli Enti Locali. Attraverso le opere, garantisce i seguenti servizi a favore di Comuni della Provincia di Varese:

- Servizi integrati di mobilità;
- Impianti, dotazioni e infrastrutture di servizi vari;
- Esercizio di Farmacie;
- Gestione e conduzione di parcheggi;
- Gestione delle aree di sosta a pagamento;
- Gestione di impianti - di proprietà - di distribuzione metano per autotrazione
- Gestione di impianti fotovoltaici - di proprietà – per produzione di energia elettrica
- Proprietà di piscine ed impianti sportivi dati in gestione a terzi

L'esercizio delle attività e competenze previste e/o consentite e/o delegate da leggi, regolamenti o altri atti amministrativi, e le attività accessorie, complementari, connesse e collegate, preliminari e conseguenti alle principali, nessuna esclusa e comunque svolte, in ottemperanza a quanto indicato nel certificato CCIAA, anche avvalendosi di strutture di terzi, e/o affidando a terzi l'utilizzo di proprie strutture.

Società: la Compagnia assicuratrice;

Broker: il broker vigente Willis Italia SpA;

Assicurazione: il contratto di assicurazione;

Polizza: il documento che prova e regola la assicurazione;

Franchigia: la parte di danno che l'Assicurato tiene a suo carico e che per ciascun sinistro viene dedotta dall'indennizzo;

Scoperto: il trasferimento all'Assicurato di una percentuale del sinistro indennizzabile;

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

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

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

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

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

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

Invalidità permanente: la perdita della capacità generica ad attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla propria professione (invalidità assoluta), o la riduzione irrimediabile e definitiva della capacità ad attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo (invalidità parziale);

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

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

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

Sezione II - CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1: Durata del contratto

La copertura assicurativa ha la durata indicata nel frontespizio di polizza (ove sono indicate anche le scadenze annuali intermedie) e non è prorogabile automaticamente.

E' facoltà di ciascuna delle parti rescindere il contratto in occasione di ogni scadenza annuale intermedia mediante comunicazione a mezzo pec inviata dall'una all'altra parte – e anticipata a mezzo telefax - almeno 120 (centoventi) giorni prima di tale scadenza, fermo che non è consentito alla Società assicuratrice inviare disdetta / recesso solo per una o alcune delle garanzie previste.

E' inoltre facoltà del Contraente notificare alla Società la prosecuzione del contratto alle medesime condizioni normative ed economiche fino ad un massimo di 120 (centoventi) giorni immediatamente successivi alla sua scadenza naturale, a fronte di un importo di premio per ogni giorno di copertura pari a 1/365 del premio annuale, che verrà corrisposto entro 60 (sessanta) giorni dalla data di decorrenza della prosecuzione.

Art. 2: Gestione del contratto

La gestione e assistenza nell'esecuzione del contratto é affidata al broker di assicurazione.

Anche ai sensi del D. Lgs. 209/05 Codice delle Assicurazioni e s.m.i., il Contraente e la Società si danno reciprocamente atto che tutti i rapporti, compreso il pagamento dei premi, avverranno per il tramite del broker; la Società dà atto che il pagamento dei premi al broker é liberatorio per il Contraente, e riconosce ad esso un periodo di differimento per la loro corresponsione con scadenza il 10° giorno del mese successivo a quello in cui il broker ha comunicato alla Società l'avvenuto incasso.

Tutte le comunicazioni riguardanti il contratto – che dovranno essere necessariamente inviate a mezzo posta pec, telefax o posta elettronica - avverranno anch'esse per il tramite del suddetto broker, che viene quindi riconosciuto dalle parti quale mittente e/o destinatario in luogo e per conto delle stesse.

Art. 3: Oneri Fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'Assicurazione sono a carico della Contraente.

Art. 4: Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e buona fede

In deroga agli artt. 1892, 1893, 1894 e 1898 del Cod. Civ. si prende atto che la mancata o inesatta comunicazione da parte della Contraente di circostanze o di mutamenti che aggravino il rischio non comporterà l'annullamento del contratto, né la decadenza dal diritto all'indennizzo, né la riduzione dello stesso, né cessazione dell'assicurazione sempre che la Contraente non abbia agito con dolo.

Le parti convengono che le variazioni che comportano aggravamento del rischio conseguenti a disposizioni di leggi, di regolamenti o di atti amministrativi, non sono soggette alla disciplina dell'art. 1898 del Cod. Civ. e l'eventuale nuovo rischio rientra automaticamente in garanzia senza modifica del premio.

La Società ha il diritto di percepire la differenza di premio corrispondente al maggior rischio non valutato per effetto di circostanze non note, a decorrere dal momento in cui la circostanza si è verificata e sino all'ultima scadenza di premio.

Art. 5: Riferimento alle norme di legge - Foro competente

Per quanto non previsto dalle presenti condizioni contrattuali – che verranno interpretate in maniera favorevole all'Assicurato, qualora fossero discordanti tra loro - valgono unicamente le norme stabilite dalla legge italiana, alla quale si fa rinvio per tutto quanto non è qui diversamente regolato.

Per le controversie riguardanti l'applicazione del contratto, è competente in via esclusiva il Foro del luogo di residenza o sede dell'Azienda.

Art. 6: Pagamento del premio - Termini di rispetto

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento.

È data facoltà al Contraente di effettuare il pagamento della prima rata di premio, entro i 90 giorni successivi alla data di decorrenza del contratto.

È data inoltre facoltà al Contraente di effettuare il pagamento del premio di regolazione disposto dal corrispondente articolo di polizza e di eventuali variazioni contrattuali entro 90 giorni dalla data di ricezione delle appendici.

Se il Contraente non paga i premi, o le rate di premio, successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 90° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, fermi le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Cod. Civ..

Per i contratti scaduti, il mancato pagamento del premio di regolazione nei termini stabiliti libera la Società, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, dall'obbligo per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

Art. 7: Rinuncia al diritto di rivalsa

Salvo il caso di dolo, la Società dichiara di rinunciare all'azione di surroga che possa competerle ai sensi dell'art. 1916 del Cod. Civ..

Art. 8: Facoltà di recesso

Avvenuto un sinistro e sino al 30° giorno successivo alla sua definizione, ciascuna delle parti può recedere dal contratto previa comunicazione all'altra a mezzo pec.

In tale caso la copertura assicurativa rimarrà efficace per ulteriori 120 giorni dal ricevimento dell'avviso di recesso (o per una minor durata, secondo quanto verrà eventualmente richiesto dalla Contraente).

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

Qualora invece il contratto abbia una scadenza intermedia (di rata o anniversaria) cadente nel periodo di copertura successivo al ricevimento dell'avviso di recesso, la Società emetterà una appendice, sostitutiva di quietanza, riportante l'importo di premio che la Azienda dovrà corrispondere (nei termini di cui all'art. Pagamento del premio che precede) per il periodo corrente da tale data di scadenza intermedia fino alla data di termine della copertura assicurativa, calcolato in misura pari a 1/365 del premio annuale per ogni giorno di copertura.

Sezione III - CONDIZIONI PARTICOLARI DELL' ASSICURAZIONE

Art. 1 Soggetti assicurati

Sono assicurati i soggetti rientranti nei gruppi, tra quelli di seguito elencati, richiamati nella scheda di conteggio del premio del presente contratto:

1. Amministratore Unico;
2. Dirigenti;
3. Dipendenti dell'Azienda che aderiscono al CCNL Federgasacqua;
4. Dipendenti Farmacie Comunali;

Categoria 1. Amministratore Unico

Art. 2: Oggetto dell'assicurazione

Oggetto dell'assicurazione sono gli infortuni occorsi agli assicurati di cui al punto 1. dell'art. Soggetti assicurati, dai quali derivi la morte o una invalidità permanente assoluta o parziale.

Art. 3: Efficacia della copertura assicurativa – Limiti territoriali

La copertura assicurativa si riferisce, senza limiti territoriali, agli infortuni sofferti dagli assicurati in occasione o in conseguenza dell'espletamento del loro mandato o a esso correlati, compresi quindi i trasferimenti, le missioni e il tragitto tra il/i luogo/i di lavoro; sono altresì compresi gli infortuni sofferti durante il tragitto da e per l'abitazione.

Art. 4: Liquidazione del danno

In caso di infortunio mortale la Società liquiderà ai beneficiari (specificati dall'assicurato o, in mancanza, ai suoi eredi legittimi e/o testamentari) un importo pari a quello indicato nella scheda di conteggio del premio. In caso di morte presunta dell'assicurato, l'importo verrà liquidato dopo che siano trascorsi sei mesi dalla avvenuta presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta ai sensi degli artt. 60 e 62 del Cod. Civ., e ciò anche se il corpo dell'assicurato non è stato ritrovato ma si presume che il decesso sia avvenuto a seguito di infortunio; qualora la Società abbia pagato l'indennità dovuta e dopo ciò risulti che l'assicurato sia vivo, la stessa avrà diritto alla restituzione della somma liquidata ed a restituzione avvenuta l'assicurato potrà far valere i propri diritti nel caso di invalidità permanente.

In caso di infortunio che abbia per conseguenza una invalidità permanente, la determinazione dell'indennità avverrà:

- a) valutando il grado di invalidità tramite accertamenti medici e sulla base delle tabelle e dei criteri di valutazione di cui al DPR n. 1124/65 e s.m.i., restando convenuto che:
 - ◇ qualora l'evento colpisca una persona la cui integrità fisica od attitudine al lavoro risultino ridotte per effetto di una preesistente inabilità fisica permanente e parziale, la valutazione del grado di invalidità sarà determinata dal rapporto espresso da una frazione in cui il denominatore è rappresentato dal grado di integrità preesistente (100% detratta la percentuale di inabilità preesistente) ed il numeratore dalla differenza fra il grado di integrità preesistente ed il grado di integrità fisica residua dopo il verificarsi dell'evento,
 - ◇ qualora l'evento dannoso colpisca una persona la cui integrità fisica od attitudine al lavoro risultino ridotte per effetto di una preesistente inabilità fisica permanente e totale, l'invalidità

sarà valutata in misura pari al grado di invalidità determinato con le modalità di cui al presente articolo, maggiorato del 50%.

- ◇ in tali casi, il massimo grado di invalidità non potrà comunque superare la misura del 100%; per la determinazione del grado della eventuale invalidità preesistente (della cui preventiva denuncia l'Azienda e l'assicurato sono esonerati) varrà, se posseduta, l'attestazione rilasciata dagli Enti assistenziali o previdenziali a carattere obbligatorio all'epoca intervenuti;
- b) determinando e liquidando l'indennità in misura pari:
 - ◇ all'importo indicato nella scheda di conteggio del premio, qualora l'evento abbia per conseguenza una invalidità permanente assoluta,
 - ◇ all'importo ottenuto applicando il grado di invalidità accertato all'importo spettante per il caso di invalidità permanente assoluta, qualora l'evento abbia per conseguenza una invalidità permanente parziale.

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.

Categoria 2. Dirigenti dell'Azienda

Art. 5: Oggetto dell'assicurazione

Oggetto dell'assicurazione sono gli infortuni occorsi agli assicurati di cui al punto 2 dell'art. Soggetti assicurati, dai quali derivi la morte o una invalidità permanente assoluta o parziale.

Costituiscono oggetto dell'assicurazione anche le malattie contratte per causa di servizio dalle quali derivi una invalidità permanente assoluta o parziale.

Rientrano nella definizione di invalidità permanente assoluta anche le invalidità che, indipendentemente dal grado, sia tale da non consentire la prosecuzione del rapporto di lavoro in essere, come anche le invalidità di grado pari o superiore ai 2/3 del totale.

Relativamente alla presente sezione il premio si intende così suddiviso:

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

Art. 6: Efficacia della copertura assicurativa – Limiti territoriali

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

Art. 7: Liquidazione del danno

In caso di infortunio mortale la Società liquiderà ai beneficiari (specificati dall'assicurato o, in mancanza, ai suoi eredi legittimi e/o testamentari) un importo pari a 5 (cinque) volte la retribuzione globale annua (intendendo con ciò quanto, al lordo delle ritenute, venga effettivamente ricevuto a compenso delle proprie prestazioni) spettante all'assicurato alla data dell'evento.

In caso di morte presunta dell'assicurato, l'importo verrà liquidato dopo che siano trascorsi sei mesi dalla avvenuta presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta ai sensi degli artt. 60 e 62 del Cod. Civ., e ciò anche se il corpo dell'assicurato non è stato ritrovato ma si presume che il decesso sia avvenuto a seguito di infortunio; qualora la Società abbia pagato l'indennità dovuta e dopo ciò risulti che

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

In caso di infortunio che abbia per conseguenza una invalidità permanente, la determinazione dell'indennità avverrà:

- a) valutando il grado di invalidità tramite accertamenti medici e sulla base delle tabelle e dei criteri di valutazione di cui al DPR n. 1124/65 e s.m.i., restando convenuto che:
 - ◇ qualora l'evento colpisca una persona la cui integrità fisica od attitudine al lavoro risultino ridotte per effetto di una preesistente inabilità fisica permanente e parziale, la valutazione del grado di invalidità sarà determinata dal rapporto espresso da una frazione in cui il denominatore è rappresentato dal grado di integrità preesistente (100% detratta la percentuale di inabilità preesistente) ed il numeratore dalla differenza fra il grado di integrità preesistente ed il grado di integrità fisica residua dopo il verificarsi dell'evento,
 - ◇ qualora l'evento dannoso colpisca una persona la cui integrità fisica od attitudine al lavoro risultino ridotte per effetto di una preesistente inabilità fisica permanente e totale, l'invalidità sarà valutata in misura pari al grado di invalidità determinato con le modalità di cui al presente articolo, maggiorato del 50%.
 - ◇ in tali casi, il massimo grado di invalidità non potrà comunque superare la misura del 100%; per la determinazione del grado della eventuale invalidità preesistente (della cui preventiva denuncia l'Azienda e l'assicurato sono esonerati) varrà, se posseduta, l'attestazione rilasciata dagli Enti assistenziali o previdenziali a carattere obbligatorio all'epoca intervenuti;
- b) determinando e liquidando l'indennità in misura pari:
 - ◇ all'importo corrispondente a 6 (sei) volte la retribuzione globale annua come sopra definita, qualora l'evento abbia per conseguenza una invalidità permanente assoluta,
 - ◇ all'importo ottenuto applicando il grado di invalidità accertato all'importo spettante per il caso di invalidità permanente assoluta, qualora l'evento abbia per conseguenza una invalidità permanente parziale.

La Società, qualora abbia liquidato o comunque offerto in misura determinata l'indennizzo per l'invalidità permanente da infortunio e l'assicurato sia deceduto entro due anni dall'evento, 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.

Categoria 3. Dipendenti dell'Azienda che aderiscono al CCNL Federgasacqua

Art. 8: Oggetto dell'assicurazione

Oggetto dell'assicurazione sono gli infortuni occorsi agli assicurati di cui al punto 3 dell'art. Soggetti assicurati, dai quali derivi la morte o una invalidità permanente assoluta o parziale.

Art. 9: Efficacia della copertura assicurativa – Limiti territoriali

La copertura assicurativa si riferisce, senza limiti territoriali, agli infortuni sofferti in servizio o per causa di servizio, compresi quindi i trasferimenti, le missioni e il tragitto tra il/i luogo/i di lavoro; sono altresì compresi gli infortuni sofferti durante il tragitto da e per l'abitazione.

Art. 10: Liquidazione del danno

In caso di infortunio mortale la Società liquiderà un importo pari a 5 (cinque) volte la retribuzione annua lorda (al netto delle ritenute per oneri previdenziali) spettante all'assicurato alla data dell'evento, ferme le restanti condizioni di cui all'art. 7 primo comma che precede.

In caso di infortunio che abbia per conseguenza una invalidità permanente:

- a) la determinazione dell'indennità avverrà adottando i medesimi criteri di cui al secondo comma dell'art. 7 che precede;
- b) la liquidazione della indennità sarà pari:
 - b)a. a un importo pari a 6 (sei) volte la retribuzione annua lorda (al netto delle ritenute per oneri previdenziali) spettante all'assicurato alla data dell'evento, qualora l'evento abbia per conseguenza una invalidità permanente assoluta,
 - b)b. all'importo ottenuto applicando il grado di invalidità accertato all'importo spettante per il caso di invalidità permanente assoluta, qualora l'evento abbia per conseguenza una invalidità permanente parziale.

Sia nell'uno che nell'altro caso, dall'indennizzo verrà in ogni caso dedotto quanto eventualmente spettante all'assicurato in virtù della assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro.

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.

Categoria 4. Dipendenti Farmacie Comunali

Art. 11: Oggetto dell'assicurazione

Oggetto dell'assicurazione sono gli infortuni occorsi agli assicurati di cui al punto 4 dell'art. Soggetti assicurati, dai quali derivi la morte o una invalidità permanente assoluta o parziale.

Art. 12: Efficacia della copertura assicurativa – Limiti territoriali

La copertura assicurativa si riferisce, senza limiti territoriali, agli infortuni sofferti dagli assicurati operanti in farmacia in occasione o in conseguenza di rapine o fatti dolosi.

Art. 13: Liquidazione del danno

In caso di infortunio mortale la Società liquiderà ai beneficiari (specificati dall'assicurato o, in mancanza, ai suoi eredi legittimi e/o testamentari) un importo pari a quello indicato nella scheda di conteggio del premio. In caso di morte presunta dell'assicurato, l'importo verrà liquidato dopo che siano trascorsi sei mesi dalla avvenuta presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta ai sensi degli artt. 60 e 62 del Cod. Civ., e ciò anche se il corpo dell'assicurato non è stato ritrovato ma si presume che il decesso sia avvenuto a seguito di infortunio; qualora la Società abbia pagato l'indennità dovuta e dopo ciò risulti che l'assicurato sia vivo, la stessa avrà diritto alla restituzione della somma liquidata ed a restituzione avvenuta l'assicurato potrà far valere i propri diritti nel caso di invalidità permanente.

In caso di infortunio che abbia per conseguenza una invalidità permanente, la determinazione dell'indennità avverrà:

- a) valutando il grado di invalidità tramite accertamenti medici e sulla base delle tabelle e dei criteri di valutazione di cui al DPR n. 1124/65 e s.m.i., restando convenuto che:
 - ◇ qualora l'evento colpisca una persona la cui integrità fisica od attitudine al lavoro risultino ridotte per effetto di una preesistente inabilità fisica permanente e parziale, la valutazione del grado di invalidità sarà determinata dal rapporto espresso da una frazione in cui il denominatore è rappresentato dal grado di integrità preesistente (100% detratta la percentuale di inabilità preesistente) ed il numeratore dalla differenza fra il grado di integrità preesistente ed il grado di integrità fisica residua dopo il verificarsi dell'evento,
 - ◇ qualora l'evento dannoso colpisca una persona la cui integrità fisica od attitudine al lavoro risultino ridotte per effetto di una preesistente inabilità fisica permanente e totale, l'invalidità sarà valutata in misura pari al grado di invalidità determinato con le modalità di cui al presente articolo, maggiorato del 50%.
 - ◇ in tali casi, il massimo grado di invalidità non potrà comunque superare la misura del 100%; per la determinazione del grado della eventuale invalidità preesistente (della cui preventiva denuncia l'Azienda e l'assicurato sono esonerati) varrà, se posseduta, l'attestazione rilasciata dagli Enti assistenziali o previdenziali a carattere obbligatorio all'epoca intervenuti;
- b) determinando e liquidando l'indennità in misura pari:
 - ◇ all'importo indicato nella scheda di conteggio del premio, qualora l'evento abbia per conseguenza una invalidità permanente assoluta,
 - ◇ all'importo ottenuto applicando il grado di invalidità accertato all'importo spettante per il caso di invalidità permanente assoluta, qualora l'evento abbia per conseguenza una invalidità permanente parziale.

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.

Condizioni valide per tutte le categorie

Art. 14: Estensioni della copertura

L'assicurazione, nei termini qui di seguito indicati e con i limiti previsti dalle clausole successive comprende gli infortuni conseguenti a o derivanti da:

- ◇ imprudenze e negligenze anche gravi
- ◇ malore ed incoscienza, purché non determinati da uso di sostanze stupefacenti o simili assorbite per scopi non terapeutici
- ◇ abuso di alcolici, purché non alla guida di veicoli e/o natanti in genere
- ◇ tumulti popolari, atti di pirateria, atti terroristici, aggressioni, atti violenti qualunque ne sia il movente
- ◇ calamità naturali
- ◇ stati di guerra (dichiarata o non dichiarata) per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero in un Paese sino ad allora in pace,

nonché:

- ◇ l'annegamento ed asfissia di natura accidentale
- ◇ l'avvelenamento da ingestione o assorbimento subitaneo di sostanze nocive
- ◇ il contatto con corrosivi
- ◇ la pratica non professionale di qualsiasi sport
- ◇ le lesioni, compresa l'ernia ma esclusi gli infarti, determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico
- ◇ la folgorazione, i colpi di sole o di calore, l'assideramento o il congelamento
- ◇ le influenze termiche e atmosferiche
- ◇ i morsi di animali o punture di insetti, escluse quelle per cui gli insetti siano portatori necessari.

Le garanzie sono valide ed efficaci anche nei confronti di tutte le manifestazioni patologiche, sia immediate che verificatesi entro 180 giorni dall'infortunio, in diretto nesso causale con esso purché non causate e/o concausate da situazioni patologiche preesistenti anche se sconosciute all'assicurato.

Art. 15: Rischio volo

In caso di infortunio subito in occasione di viaggio aereo (comprese le fasi di imbarco e di sbarco e intendendo in garanzia il viaggio solo se effettuato dall'assicurato in qualità di passeggero a bordo di velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linea aerea regolare e non regolare, di aerotaxi, di Autorità civili e militari in occasione di traffico civile, di ditte e privati – esclusi aeroclub - per attività turistica e di trasferimento, nonchè di società di lavoro aereo durante il trasporto pubblico di passeggeri), la somma degli indennizzi spettanti non potrà superare complessivamente per aeromobile 5 volte l'importo più elevato tra quelli previsti nella scheda di conteggio del premio relativi a tutti i gruppi di appartenenza degli assicurati presenti a bordo dell'aeromobile; superando questo limite, le indennità spettanti verranno proporzionalmente ridotte.

Art. 16: Rimborso spese sanitarie a seguito di infortunio

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, la Società rimborsa, fino alla concorrenza del massimale annuo assicurato indicato nella scheda di conteggio del premio, le spese di carattere sanitario direttamente conseguenti e sostenute:

- a) durante il ricovero in istituto di cura pubblico o privato (rette degenza, onorari medici, chirurgo, aiuto chirurgo, anestesista, materiale di intervento, diritti di sala operatoria, medicinali);
- b) per intervento chirurgico anche ambulatoriale;

- c) per visite mediche specialistiche e acquisto di medicinali;
- d) per applicazione di apparecchi di contenzione, artroscopia diagnostica ed operativa;
- e) per analisi ed accertamenti:
 - diagnostici strumentali anche specialistici quali ad esempio TAC tomografia assiale computerizzata;
 - ecografia –doppler - holter - scintigrafia - risonanza magnetica nucleare;
 - diagnostici di laboratorio, per esami clinici, immunologici, microscopici;
 - diagnostici radiologici - radioscopie - radiografie – stratigrafie -angiografie;
- f) per terapie fisiche anche specialistiche quali ad esempio laserterapia – chiroterapia - chinesiterapia - trazioni vertebrali - ultrasuoni - marconiterapia - massoterapia;
- g) per presidi ortopedici, limitatamente a: corsetti ortopedici per scoliosi ed artrosi, protesi e tutori di funzione arti superiori, inferiori e tronco, protesi oculari;
- h) per interventi di chirurgia plastica ricostruttiva volti ad eliminare danni estetici conseguenti all'infortunio denunciato;
- i) per cure termali effettuate nei 90 giorni successivi all'infortunio denunciato;
- j) per trasporto dell'assicurato con qualsiasi mezzo dal luogo dell'infortunio all'istituto di cura o posto di pronto soccorso.

La presente garanzia viene prestata con uno scoperto del 10% e con un minimo di € 150,00 a carico dell'Assicurato per ogni sinistro, intendendosi per tale l'intero ciclo di cura relativo allo stesso infortunio.

Modalità di liquidazione delle spese

Il rimborso è condizionato alla presentazione da parte dell'Assicurato di apposita domanda corredata dai documenti giustificativi e dalla certificazione medica (ivi compresa eventuale cartella clinica) entro il 30° giorno successivo a quello in cui è terminata la cura medica.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, distinte e ricevute per ottenere il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto a termini della presente garanzia dietro presentazione di copia della certificazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

Art. 17: Esclusioni

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

- ◇ azioni delittuose - accertate con giudizio penale passato in giudicato - compiute o tentate dall'assicurato;
- ◇ trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dalla accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni, non riconducibili a scopi scientifici e/o diagnostici oggetto di attività della Azienda;
- ◇ guerra od insurrezione, ad eccezione di quanto previsto dagli artt. Estensione della copertura che precedono;
- ◇ guida di mezzi di locomozione aerei;
- ◇ guida di veicoli o natanti per cui l'assicurato non sia regolarmente abilitato.

Si intendono comunque escluse le conseguenze derivanti da infezione da Covid-19.

Art. 21 Modalità per la liquidazione dell'indennità

La Società, ricevuto il certificato medico di guarigione o l'atto di morte, provvederà al pagamento delle indennità entro 60 giorni dal ricevimento di tali documenti.

Qualora l'infortunio indennizzabile ai sensi di polizza comporti una invalidità permanente di grado superiore al 20% (ventiprocento), la Società porrà a disposizione dell'infortunato un terzo della indennità corrispondente al danno al momento valutato, con riserva di successivo accertamento e conguaglio; il

pagamento di tale anticipazione avverrà entro 30 giorni dal ricevimento, da parte della Società, della certificazione medica da cui risulti l'entità presunta della invalidità.

In caso di infortunio sofferto contemporaneamente da più Assicurati che siano causati, riconducibili o conseguenti ad un medesimo evento, causa o circostanza, l'esborso a carico della Società – limite catastrofale – non potrà superare la somma complessiva di euro 10.000.000,00 (diecimilioni/00). Superando detto limite, gli indennizzi spettanti a ciascun Assicurato verranno ridotti proporzionalmente.

Art. 18: Controversie sulla definizione del danno

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

Qualora l'assicurato non intenda accettare la proposta pervenuta, la valutazione delle conseguenze attribuibili all'evento verrà, su domanda dello stesso, deferita ad un collegio di tre periti nominati uno dalla Società assicuratrice, uno dall'assicurato ed il terzo in accordo fra i primi due o, in difetto, dal Presidente del Tribunale del Foro ove ha sede la Azienda. Il collegio peritale eleggerà la propria residenza presso la sede della Azienda.

I periti, tenendo presenti le condizioni negoziali contenute nel presente contratto, decideranno a maggioranza.

La loro decisione sarà impegnativa per le parti ed inappellabile anche in eventuale mancanza di sottoscrizione del perito dissenziente.

Art. 19: Denuncia dei sinistri – obblighi della Società

La denuncia del sinistro verrà effettuata per iscritto alla Società dalla Azienda, per il tramite del broker, entro dieci giorni lavorativi dall'evento o da quanto la stessa ne sia venuta a conoscenza, e conterrà l'indicazione del giorno, luogo e ora dell'evento, la descrizione delle cause che lo determinarono nonché tutti gli elementi atti a consentire una adeguata ricostruzione dell'evento, e conterrà le certificazioni mediche e ogni ulteriore documentazione necessaria.

L'assicurato o gli aventi diritto devono consentire le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dalla Società.

Inoltre, e sempre a questo scopo, l'assicurato si obbliga a liberare dal segreto professionale i medici curanti o dallo stesso interessati.

Qualora l'evento abbia causato la morte dell'assicurato o quando questa intervenga durante il periodo di cura, deve esserne dato immediato avviso telefax alla Società.

La Società fornirà trimestralmente all'Azienda, per il tramite del broker, un elenco riepilogativo dei sinistri denunciati dall'inizio del contratto assicurativo, riportante:

- la numerazione attribuita
- la data di accadimento
- le sole iniziali dell'infortunato
- lo stato del sinistro
- l'importo stimato per la sua definizione, o
- l'importo liquidato
- nonché, qualora il sinistro sia stato respinto, i motivi della sua reiezione.

È facoltà dell'Azienda richiedere ed obbligo della società fornire lo stesso riepilogo anche in altre occasioni qualora l'Azienda lo richieda.

Art. 20: Costituzione del premio e regolazione - Altre assicurazioni - Buona fede

Il premio di polizza è calcolato, in base alle Sezioni di appartenenza degli assicurati, moltiplicando i premi unitari convenuti per il numero degli assicurati indicati nella scheda di conteggio del premio ovvero la aliquota di premio promille per il totale delle retribuzioni globali annue erogate.

Esso risulta costituito da una rata pagata anticipatamente calcolata sulla base dei dati forniti al perfezionamento del contratto, e da regolazioni annuali (attive o passive) calcolate sulla base dei dati consuntivi.

La Azienda fornirà quindi alla Società, entro i 90 giorni successivi alla scadenza di ogni periodo assicurativo, ai fini della regolazione del premio dell'annualità precedente, le variazioni intervenute.

Qualora nel corso dell'annualità assicurativa intervengano variazioni del numero di assicurati per inclusioni o esclusioni o per attivazione di gruppi di rischio previsti nella scheda di conteggio del premio, queste si intendono automaticamente efficaci ed assicurate senza l'obbligo della preventiva comunicazione da parte della Azienda.

La Azienda è esonerata dalla preventiva denuncia delle generalità degli assicurati, per la identificazione dei quali si farà riferimento ai documenti ufficiali in possesso della Azienda stessa. Altrettanto, la Azienda e gli assicurati sono esonerati dalla denuncia di altre assicurazioni esistenti per il medesimo rischio.

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

Art. 21: Suddivisione del premio

Per quanto riguarda le sezioni che prevedono la operatività della copertura assicurativa senza limiti temporali o di attività, si prende atto che il premio della presente polizza si intende così suddiviso:

- 70% per quanto attiene il rischio professionale
- 30% per quanto attiene il rischio extraprofessionale

Art. 22: Partecipazione delle Società – Associazione temporanea di imprese

(operante se del caso)

Il servizio assicurativo di cui alla presente polizza è effettuato dalle Compagnie assicuratrici componenti la Associazione Temporanea di Imprese:

- | | |
|-----------------|--------------------|
| ⇒ Compagnia ... | Società mandataria |
| ⇒ Compagnia ... | Società mandante |

Il termine "Società" indica quindi tutte e ciascuna delle Compagnie assicuratrici costituenti l'Associazione Temporanea di Imprese.

La Società mandante riconosce come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti compiuti dalla Società mandataria per conto comune.

Le Società convengono che l'incasso dei premi di polizza avverrà per il tramite del broker, che provvederà direttamente con ciascuna Società secondo le rispettive quote percentuali di partecipazione alla Associazione Temporanea di Imprese:

- | | |
|-----------------|-----------|
| ⇒ Compagnia ... | Quota xx% |
| ⇒ Compagnia ... | Quota xx% |

Art. 23: Trattamento dei dati

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

Art. 24: Disposizione finale

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

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

Art. 25: Tracciabilità dei flussi finanziari

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

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

Tutte le movimentazioni finanziarie di cui al presente contratto dovranno avvenire – salve le deroghe previste dalla normativa sopra citata - tramite bonifico bancario o postale (Poste Italiane SpA) e riportare, relativamente a ciascuna transazione, il Codice Identificativo di Gara (CIG) o, qualora previsto, il Codice Unico di Progetto (CUP) comunicati dalla Stazione appaltante.

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

CONTEGGIO DEL PREMIO DI POLIZZA

Categorie assicurate	Capitali assicurati in Euro		RSMO	Numero soggetti/ Retribuzioni/ ingressi	premio imp.le unitario/ tasso	Premio imp.le categoria
	morte	invalidità permanente				
Categoria 1 Amministratore Unico	600.000,00	700.000,00	10.000,00		T.B.D	€
Categoria 2 Dirigenti	5 volte RAL max 500.000,00	6 volte RAL max 600.000,00	10.000,00	Categoria non ancora operante	Categoria non ancora operante
Categoria 3 Dipendenti a CCNL Federgasacqua	5 volte RAL max 275.000,00	6 volte RAL max 330.000,00	3.000,00	€ 427.000,00	€
Categoria 4 Dipendenti Farmacie Comunali	250.000,00	250.000,00	3.000,00 € 120,00 diaria ricovero ospedaliero	n. 17	€

Premio annuo imponibile

€ _____

Imposte (2,5%)

€ _____

Premio annuo lordo

€ _____

PAGINA DA **NON** COMPILARE IN SEDE DI OFFERTA