

**CAPITOLATO TECNICO / SCHEMA DI CONTRATTO /POLIZZA DI ASSICURAZIONE
DEGLI INFORTUNI DEL PRESIDENTE-AD COMPONENTI
ORGANI SOCIALI e PERSONALE
DIRIGENTE
DI SOGEI S.P.A.**

Stipulata tra:

Sogei S.p.A
Via.Mario Carucci 99
Cap 00143 Città Roma
P.IVA 01043931003

e

[Nome Società]
Via.....
Cap.....Città.....
P.IVA n°

Effetto:	dalle ore 24.00 del 31/12/2015
Cessazione:	alle ore 24.00 del 31/12/2018
Scadenza anniversaria	al 31/12 di ogni anno
Premio lordo annuale	€.....



Indice

Art. 1 – Definizioni.....	4
Art. 2 - Soggetti assicurati	6
Art. 3 – Descrizione del rischio.....	7
Sezione 2 – Condizioni generali di assicurazione	12
Art. 1 – Variazioni del rischio successivamente alla presentazione dell’offerta.....	12
Art. 2 - Assicurazione presso diversi Assicuratori	12
Art. 3 - Durata dell’assicurazione	12
Art. 4 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia	13
Art. 5 – Revisione del prezzo.....	14
Art. 6 – Recesso della Società (opzioni base).....	14
<i><Inserire in caso di eventuale opzione/i migliorativa/e offerta/e:</i>	<i>15</i>
<i>Art. 6 – Recesso della Società (opzioni migliorative)>.....</i>	<i>15</i>
<i><Inserire in caso di eventuale opzione migliorativa offerta:</i>	<i>15</i>
<i><Inserire in caso di eventuale opzione migliorativa offerta:</i>	<i>16</i>
<i><Inserire in caso di eventuale opzione migliorativa offerta:</i>	<i>16</i>
Art. 7 – Prova del contratto e modifiche dell’assicurazione	16
Art. 8 - Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società.....	17
Art. 9 - Oneri fiscali.....	17
Art. 10 - Foro competente	17
Art. 11 - Interpretazione del contratto	17
Art. 12 – Ispezioni e verifiche della Società	17
Art. 13 - Assicurazione per conto di chi spetta e titolarità dei diritti nascenti dalla polizza	17
Art. 14 - Obbligo di fornire dati sull’andamento del rischio	18
Art. 15 – Clausola intermediari	19
Art. 16 - Coassicurazione e delega	20
Art. 17 – Obblighi inerenti la tracciabilità dei flussi finanziari in base alla l.n°. 136/201021	



Art. 18 – Rinvio alle norme di legge	21
Art. 19 – Rinuncia alla surrogazione	21
Art. 20 - Trattamento dei dati	21
Art. 21 – Estensione territoriale	22
Art. 22 – Disciplina dell'appalto	22
Art. 23 – Clausole vessatorie	22
Art. 24 – Clausola di raccordo	22
Sezione 3 – Condizioni di assicurazione	23
Art.1 - Oggetto della copertura	23
Art.2 –Limite Catastrofale	24
Art. 3- Estensioni di garanzia	24
Art.4 – Esclusioni	28
Art.5 – Persone escluse dall'assicurazione o non assicurabili	29
Sezione 4 – Operatività della polizza infortuni	30
Art.1 – Casi assicurati	30
A. <i>MORTE</i>	30
B. <i>MORTE PRESUNTA</i>	30
C. <i>COMA IRREVERSIBILE</i>	30
D. <i>INVALIDITA' PERMANENTE</i>	31
E. <i>INDENNITA' GIORNALIERA DA RICOVERO</i>	31
F. <i>RIMBORSO SPESE MEDICHE</i>	32
Art. 2 - Denuncia del sinistro e relativi obblighi	32
Art.3 – Criteri di indennizzabilità	33
Art.4 – Controversie	33
Art.5 – Liquidazione dell'indennità	33
Art. 6 - Anticipo indennizzo	34
Sezione 5– Categorie, somme assicurate, franchigia, scoperti e calcolo del premio	35
Art. 1 – Categorie assicurate	35



Sezione 1 – Definizioni, soggetti e attività assicurata

Art. 1 – Definizioni

Le norme qui di seguito riportate annullano e sostituiscono integralmente tutte le eventuali condizioni riportate a stampa sui moduli della Compagnia Assicuratrice, eventualmente allegati alla polizza, che quindi devono intendersi annullate e prive di effetto. La firma apposta dalla Contraente su moduli a stampa vale pertanto solo quale presa d'atto del premio e dell'eventuale ripartizione del rischio tra le Società partecipanti alla Coassicurazione.

Annualità assicurativa	Il periodo compreso fra la data di effetto e la data di scadenza anniversaria, o tra due date di scadenza anniversaria fra loro successive, o tra l'ultima data di scadenza anniversaria e la scadenza finale dell'assicurazione.
Assicurato	Persona fisica il cui interesse è protetto dalla Assicurazione.
Assicurazione	Il contratto di Assicurazione.
Beneficiario	In caso di morte dell'assicurato, gli eredi legittimi o testamentari; in tutti gli altri casi l'assicurato stesso.
Broker	Marsh S.p.A., iscritta al R.U.I. al n° B000055861.
Certificato	Il documento o i documenti di polizza che contengono l'indicazione dei capitali assicurati, dei tassi di premio e corrispondenti premi per ciascuna categoria assicurata.
Comunicazioni	Tutte le comunicazioni effettuate per lettera raccomandata, alla quale sono parificati raccomandata a mano, telex, telegrammi, facsimile, PEC o altro mezzo documentabile.
Contraente	Il soggetto che stipula l'assicurazione e pertanto: <ul style="list-style-type: none">• Sogei spa relativamente a tutti i rischi con esclusione degli infortuni extraprofessionali dirigenti;• (Cassa di Assistenza o Società di Mutuo Soccorso che sarà indicata dalla Società) relativamente ai rischi di infortunio extraprofessionale dirigenti.
Franchigia assoluta	La parte di danno espressa in valore, giorni di inabilità o percentuale di invalidità che non viene indennizzata. Pertanto non si darà luogo ad indennizzo quando il danno risulta di grado inferiore alla franchigia. Se invece il danno risulta superiore, l'indennizzo verrà corrisposto

Classificazione del documento: Consip Public

Pag. 4 di 37

Gara a procedura aperta ai sensi del D.Lgs. 163/2006 e s.m.i., per l'affidamento dei servizi di copertura assicurativa di Sogei S.p.A.- ID 1648

Capitolato Tecnico - Lotto 9 – Sub lotto A

Allegato 4.9A – Capitolato Tecnico / Polizza di Infortuni presidente /AD- componenti organi sociali - personale dirigente



	esclusivamente per la parte eccedente, decurtando dall'indennizzo quanto ricompreso nella franchigia.
Franchigia relativa	La soglia di danno espressa in valore , giorni di inabilità o percentuale di invalidità al di sotto della quale il sinistro non viene indennizzato. Pertanto non si darà luogo ad indennizzo quando il danno risulta di grado pari o inferiore alla franchigia. Se invece il danno risulta superiore, l'indennizzo verrà corrisposto per l'intero senza deduzione di alcuna franchigia.
Inabilità temporanea	La perdita temporanea, a seguito di infortunio o malattia, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato di attendere alle attività professionali dichiarate.
Infortunio	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte e/o una invalidità permanente e/o una inabilità temporanea.
Indennizzo	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Invalidità permanente	La diminuzione o la perdita definitiva ed irrimediabile della capacità generica ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato.
Istituto di cura	L'ospedale pubblico, la clinica, la casa di cura sia accreditati presso il Servizio Sanitario Nazionale che privata, legalmente riconosciuti e regolarmente autorizzati al ricovero dei malati, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno.
Massimale per anno	La massima esposizione della Società per uno o più sinistri durante la medesima annualità assicurativa o periodo assicurativo.
Massimale per sinistro	La massima esposizione della Società per ogni sinistro.
Polizza	Il documento che prova l'assicurazione.
Premio	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
Retribuzioni	Tutto quanto, al lordo delle ritenute, il Dirigente effettivamente riceve in compenso delle sue prestazioni, comprese gratifiche , diarie, indennità speciali, ecc.. per la parte imponibile ad oneri previdenziali (INPS), come da indicazione risultante dai libri paga in possesso del Contraente, nonché l'accantonamento annuo relativo al T.F.R.. Fanno parte altresì' gli aumenti a titolo di meccanismo di variazione automatica, l'equivalente del vitto e dell'alloggio eventualmente dovuti al Dirigente nella misura convenzionalmente concordata,



	<p>nonché la partecipazione agli utili, le gratifiche non consuetudinarie e l'MBO eventualmente corrisposto.</p> <p>Per la liquidazione dell'indennità è convenzionalmente considerata retribuzione annua dell'Assicurato quella che l'infortunato ha percepito, per i titoli di cui sopra, relativi al mese precedente in cui si è verificato l'infortunio, moltiplicato per il numero delle mensilità previste dal CCNL, con l'aggiunta di quelle parti di retribuzione, nonché l'MBO, eventualmente percepite dal Dirigente nei 12 mesi precedenti l'infortunio, purché su esse sia conteggiato o conteggiabile il premio di assicurazione.</p> <p>Per i dirigenti che non abbiano raggiunto il mese di servizio o per quelli assunti temporaneamente, per la liquidazione delle indennità è considerata retribuzione annua dell'infortunato quella che si ottiene moltiplicando per 365 la retribuzione giornaliera media (a imponibile previdenziale) attribuibile all'infortunato per il periodo di tempo decorrente dall'assunzione in servizio fino al giorno dell'infortunio.</p>
Ricovero	La degenza in Istituto di cura (pubblici, accreditati o privati, in Italia e all'estero) che comporti almeno un pernottamento.
Rischio	La probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.
Rischio in itinere	La probabilità che il sinistro si verifichi durante il tragitto dalla dimora, anche occasionale, al luogo di lavoro e viceversa; nonché durante il tragitto da e verso altre sedi dove viene svolta l'attività, purché questi infortuni avvengano durante il compimento del percorso necessario con gli ordinari mezzi di locomozione, sia pubblici che privati.
Scoperto	La parte di danno indennizzabile, espressa in percentuale, che resta a carico dell'assicurato.
Sinistro	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
Società	L'impresa assicuratrice nonché le coassicuratrici.

Art. 2 - Soggetti assicurati

La presente polizza viene stipulata per tutte le categorie per le quali il Contraente ha l'obbligo od interesse ad attivare la copertura assicurativa e vale per gli infortuni subiti dagli Assicurati in occasione della partecipazione all'attività della Contraente o nello svolgimento delle mansioni dichiarate dal Contraente stesso, nonché, limitatamente alle categorie per le quali sono previsti, per i rischi extra-professionali.



Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate: per l'identificazione di tali persone, si farà riferimento ai documenti depositati presso il Contraente. Il Contraente è inoltre esonerato dall'obbligo di notificare le malattie, le infermità, le mutilazioni ed i difetti fisici da cui fossero affette le persone assicurate.

In caso di errore od omissione, avvenuti in buona fede, e riguardanti l'inclusione in garanzia o la determinazione delle somme assicurate relativamente a singoli assicurati o a categorie di assicurati per i quali l'assicurazione con oneri a carico del Contraente è obbligatoria ai sensi di legge o di CCNL, le parti convengono che l'Assicurazione si intenderà comunque valida nei termini previsti dalla legge o dal CCNL, con l'intesa che il Contraente avrà l'obbligo di corrispondere il maggior premio dovuto a decorrere dall'inizio della copertura.

Art. 3 – Descrizione del rischio

La Contraente esegue attualmente, direttamente o tramite soggetti terzi, le funzioni di: società strumentale preposta, secondo il modello dell'*in house providing*, al settore dell'*Information and Communication Technology* del MEF e delle Articolazioni Organizzative dello stesso. Sogei svolge le proprie attività per il sistema informativo della fiscalità e per il sistema informativo dell'economia. Inoltre, Sogei svolge altre attività nel settore dell'ICT per conto di Amministrazioni pubbliche ed organismi ed Enti che svolgano attività di interesse pubblico o rilevanti nel settore pubblico, nonché di istituzioni internazionali e sovranazionali e di amministrazioni pubbliche estere, così come si rileva dallo statuto, e suoi successivi aggiornamenti, e dalla missione della Società disponibili anche sul sito istituzionale. Può inoltre svolgere, negli ambiti indicati, attività anche con Amministrazioni, enti e organismi pubblici e privati.

L'Amministrazione: indica il Ministero dell'economia e delle finanze nel suo complesso, con tutte le sue articolazioni centrali e periferiche, ivi comprese le *Strutture Organizzative* deputate al settore delle politiche fiscali e sistema tributario, demanio, bilancio e patrimonio statale, catasto, conservatorie dei registri immobiliari e dogane e in particolare l'Agenzia delle Entrate, l'Agenzia delle Dogane e dei Monopoli e l'ente pubblico economico Agenzia del Demanio, già istituite ai sensi del D.Lgs. n. 300/1999 e successivi regolamenti di attuazione, nella configurazione attuale per effetto dell'incorporazione dal 1 dicembre 2012 dell'Amministrazione dei Monopoli di Stato nell'Agenzia delle Dogane e dell'Agenzia del Territorio nell'Agenzia delle Entrate, operata dal decreto legge 6 luglio 2012 n. 95 convertito con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012 n. 135. Tra le Strutture Organizzative rientrano anche i Dipartimenti del MEF, ed in particolare il Dipartimento delle Finanze, il Dipartimento dell'Amministrazione Generale del Personale e dei Servizi (di seguito DAG), il Dipartimento del Tesoro, il Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato, la Guardia di Finanza e le sue articolazioni, nonché il Gabinetto del Ministro e Uffici di diretta collaborazione con il



Ministro, dal Gruppo EQUITALIA, nonché le strutture che saranno costituite ovvero quelle che deriveranno da modifiche ed integrazioni delle attuali.

Sogei eroga altresì le proprie attività per altre amministrazioni pubbliche al di fuori del Ministero dell'economia e delle finanze tra le quali a titolo indicativo e non esaustivo il Ministero dell'Interno, la Corte dei Conti, il Dipartimento per lo sviluppo e la coesione economica del Ministero per lo Sviluppo Economico, l'AGID, nonché il Dipartimento per la programmazione ed il coordinamento della politica economica della Presidenza del Consiglio dei Ministri.

Sogei, nell'ambito del processo di innovazione degli apparati amministrativi e di integrazione con le altre pubbliche amministrazioni, ha l'incarico di provvedere allo sviluppo, alla manutenzione ed alla conduzione del Sistema informativo della fiscalità e della economia, ad ogni attività direttamente o indirettamente collegata e connessa a quella di cui sopra ivi compresi supporto, assistenza e consulenza dell'*Amministrazione* secondo quanto disciplinato nei Contratti quadro e nelle Convenzioni in essere con il Dipartimento delle Finanze, con il DAG e nei Contratti Esecutivi ed in quelli derivati, con le *Strutture e articolazioni Organizzative* di cui sopra, nonché in specifici contratti con altri Enti e/o Amministrazioni pubbliche come sopra e nel seguito richiamati.

La Sogei inoltre, anche in collaborazione con altre pubbliche amministrazioni e con l'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato (IPZS), sviluppa il progetto previsto dall'articolo 10 del decreto legge 13 maggio 2011, n. 70, convertito con modificazioni dalla legge 12 luglio, n. 106, (come successivamente modificato dall'articolo 1 del decreto legge 18 ottobre 2012, n. 179 convertito con modificazioni dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221), il quale ai commi 1 e 2 identifica nella carta d'identità elettronica il documento obbligatorio di identificazione, la cui emissione è riservata al Ministero dell'Interno e stabilisce la progressiva convergenza della tessera sanitaria nella carta medesima.

La Sogei, ai sensi dell'articolo 1, comma 306 della legge 24 dicembre 2012, n. 228 (legge di stabilità 2013), provvede poi per il Ministero dell'Interno alla progettazione, implementazione e gestione dell'Anagrafe nazionale della popolazione residente – ANPR, banca dati di interesse nazionale istituita dall'articolo 2 del decreto legge 18 ottobre 2012 n. 179 presso il Ministero dell'Interno.

La Sogei collabora con l'Agenzia per l'Italia digitale, istituita ai sensi dell'articolo 19 del decreto legge 22 giugno 2012, n. 83, convertito con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 134, per la vigilanza sulla qualità della spesa in materia informatica, per l'adozione di indirizzi e per la formulazione di pareri alle Amministrazioni sulla congruità tecnica ed economica dei contratti relativi all'acquisizione di beni e servizi informatici e telematici anche in cooperazione e raccordo con la Consip S.p.A..

Le attività svolte da Sogei riguardano a titolo indicativo e non esaustivo, tra le altre, la progettazione di sistemi informativi complessi, di soluzione informatiche, lo sviluppo e la manutenzione del software applicativo, la predisposizione e conduzione degli ambienti operativi e di sicurezza dei centri



di elaborazione dati, il collaudo, l'assistenza tecnica, la formazione, la sperimentazione e l'utilizzo delle nuove tecnologie ICT, i servizi di Posta Elettronica Certificata, rilascio di Certificati di Firma Digitale, Conservazione Sostitutiva di documenti informatici, il supporto specialistico per gli studi economico-fiscali volti alla realizzazione di modelli previsionali.

La Sogei è una persona giuridica la quale, atteso il proprio assetto proprietario, si configura anche, quando agisce per acquisire beni e servizi per conto dell'Amministrazione Finanziaria, quale "organismo di diritto pubblico" ed "Amministrazione aggiudicatrice" ai sensi del D. Lgs. 163 del 12/04/2006 e successive modificazioni e integrazioni.

In tale ambito, ai sensi dell'art. 4, comma 3-ter del richiamato D.L. n. 95/12, la Sogei, sulla base di apposita convenzione disciplinante i relativi rapporti nonché i tempi e le modalità di realizzazione delle attività, si avvale di Consip S.p.A., nella sua qualità di centrale di committenza, per le acquisizioni di beni e servizi.

A titolo indicativo e non esaustivo Sogei svolge, anche attraverso il ricorso a collaborazioni esterne, le seguenti attività:

1) Sviluppo, collaudo, manutenzione e conduzione del Sistema informativo della fiscalità.

In tali attività rientrano:

- Attività di sviluppo software volta:
 - allo sviluppo di nuove applicazione ed alla manutenzione evolutiva di quelle già in esercizio;
 - alla personalizzazione ed alla parametrizzazione di prodotti software di mercato;
 - alla realizzazione di interventi software di "business Intelligence" e di "Datawarehouse";
 - alla personalizzazione ed alla parametrizzazione sui sistemi ERP.
- Attività di verifica e collaudo.
- Attività di assistenza e supporto all'Amministrazione Finanziaria.
- Attività di conduzione, volta:
 - all'esercizio della rete;
 - all'assistenza centrale agli utenti;
 - alla manutenzione delle applicazioni software in esercizio;
 - alla conduzione tecnica, sistemistica ed operativa dei sistemi di elaborazione centrali (mainframe e open) e dei sottosistemi ad essi collegati direttamente o in rete e dei sistemi periferici;
 - ai servizi di fotocopione e spedizione;
 - al sistema di posta elettronica, ed ai servizi internet;
 - alla realizzazione ed adeguamento delle reti locali;



- al disaster recovery (di base ed esteso);
 - alla formazione e-learning.
- Attività di Certificatore ai sensi del D.P.R. 445/2000.
- Attività di gestore del servizio di posta elettronica certificata ai sensi del D.P.R. 11 febbraio 2005 e D.C.P.M. 2 novembre 2005.
- Attività di sviluppo, collaudo, conduzione e manutenzione di canali telematici per l'accesso ai servizi, nonché assistenza agli utenti del canale telematico del territorio.
- Acquisizione di beni e servizi per il funzionamento dei Sistemi informativi, attraverso le procedure previste dalla normativa nazionale e comunitaria in materia di contratti pubblici.
- Fornitura/scambio dati con Pubbliche Amministrazioni, Enti, intermediari, concessionari, imprese e cittadini.
- Interventi volti al miglioramento della qualità del patrimonio cartografico dell'agenzia del territorio;
- Prestazioni di sviluppo, gestione e manutenzione per i sistemi delle Conservatorie, delle Dogane, del Demanio, della Riscossione.

2) Sviluppo, collaudo, manutenzione e conduzione, come descritte al punto 1, di altri Sistemi informativi affidati o in corso di affidamento dalla Pubblica Amministrazione alla Contraente:

- Sviluppo, collaudo, manutenzione e conduzione del sistema di monitoraggio della spesa sanitaria ed emissione e distribuzione della Tessera Sanitaria a tutti i cittadini iscritti al Sistema Sanitario Nazionale.
- Sviluppo, collaudo, manutenzione e conduzione dei sistemi di gioco (totalizzatori nazionali) per la raccolta delle scommesse ippiche e sportive e dei concorsi a pronostico, dei sistemi di controllo dei giochi (ad es. apparecchi da divertimento e intrattenimento, Bingo, giochi di abilità, ecc) e dell'anagrafe dei conti di gioco.
- Supporto tecnico nel corso di accertamenti e verifiche sul territorio su apparecchi da intrattenimento, su richiesta di AAMS, delle forze dell'ordine o dell'autorità giudiziaria.
- Supporto tecnico nel corso di accertamenti e verifiche sul territorio su apparecchiature da gioco c.d. "totem", su richiesta di AAMS, delle forze dell'ordine o dell'autorità giudiziaria.
- Verifica di conformità di sistemi di gioco e giochi di cui all'art. 110, comma 6, lett. b), del T.U.L.P.S (Video Lottery Terminal – VLT).
- Accertamenti tecnici su richiesta di AAMS, su specifici modelli di apparecchi da intrattenimento di cui all'art. 110, comma 6 e 7, del T.U.L.P.S.
- Attività richieste da AAMS per la verifica tecnica di componenti della rete per la gestione telematica del gioco lecito mediante gli apparecchi da divertimento e intrattenimento



previsti dall'articolo 110, comma 6 del T.U.L.P.S., o, più in generale, per accertare la rispondenza dei sistemi di gioco dei concessionari ai requisiti previsti dagli obblighi di convenzione, in ottemperanza a quanto previsto da capitolati o specifiche tecniche, anche nell'ambito di procedure di selezione.

- Sviluppo, collaudo, manutenzione e conduzione del Sistema di “disaster recovery/business continuity” per la Pubblica Amministrazione.
- Sviluppo, collaudo, manutenzione e conduzione di sistemi informativi per ACI, ecc..
- Fatturazione elettronica.
- I servizi di Posta Elettronica Certificata, rilascio di Certificati di Firma Digitale, Conservazione Sostitutiva di documenti informatici.
- Realizzazione di software, sviluppi, manutenzione e servizi accessori relativamente a strumenti investigativi e tecnologie ad alta efficacia per il tracciamento e la interdizione di reti terroristiche (progetto TITAN) verso la Commissione Europea, gli Stati UE e l'Amministrazione italiana.
- Diritti di titolarità esclusiva di prodotti e innovazioni sviluppate autonomamente.
- Titolarità di brevetti e marchi.

3) Attività che nel corso di durata della copertura venissero affidate alla Contraente in esecuzione dei contratti con le Amministrazioni e gli Enti.



Sezione 2 – Condizioni generali di assicurazione

Art. 1 – Variazioni del rischio successivamente alla presentazione dell'offerta

Per aggravamento del rischio si intende qualsiasi modifica dovuta a cause sopravvenute, non previste e non prevedibili al momento della presentazione dell'offerta, che determinano una diversa probabilità di verificarsi di un sinistro ovvero una variazione delle sue conseguenze tali che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto, la Società non avrebbe consentito l'assicurazione o l'avrebbe consentita per un premio più elevato. 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 variazioni del rischio derivanti da sopravvenienze normative ovvero da modifiche degli orientamenti giurisprudenziali conseguenti a pronunce di merito o di legittimità.

Qualsiasi circostanza intervenuta successivamente alla presentazione dell'offerta che comporti una variazione del rischio, ai sensi del precedente comma, deve essere comunicata per iscritto dal Contraente alla Società entro trenta giorni dall'intervenuta conoscenza.

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

Art. 2 - Assicurazione presso diversi Assicuratori

Si esonera il Contraente dal dare preventiva comunicazione alla Società di eventuali polizze già esistenti e/o quelle che verranno in seguito stipulate sugli stessi rischi oggetto del presente contratto; l'Assicurato ha l'obbligo di farlo in caso di sinistro, se ne è a conoscenza.

Si conviene tra le Parti che, qualora si rivelasse che per gli stessi enti oggetto del presente contratto esistono o venissero in seguito stipulate altre polizze direttamente dal Contraente, dall'Assicurato o da terzi che ne abbiano avuto interesse, gli eventuali danni denunciati dall'Assicurato a valere sulla presente polizza saranno liquidati ed indennizzati dalla Società direttamente all'Assicurato medesimo, a prescindere dall'esistenza di altri contratti Assicurativi, fermo per la Società ogni altro diritto derivante a norma di legge (art. 1910 C.C.).

Art. 3 - Durata dell'assicurazione

L'Assicurazione è stipulata per la durata di anni 3 con effetto dalle ore 24.00 del 31/12/2015 e scadenza alle ore 24.00 del 31/12/2018.

Non è previsto il tacito rinnovo del contratto pertanto, salvo diverso accordo fra le parti, l'assicurazione cesserà alla scadenza del 31/12/2018.



E' però facoltà del Contraente, con preavviso non inferiore a 30 giorni antecedenti la scadenza del contratto per qualsiasi causa (con esclusione del recesso intimato ai sensi dell'art. 6 "Recesso della Società"), richiedere alla Società una proroga temporanea della presente assicurazione, finalizzata all'espletamento od al completamento delle procedure di aggiudicazione della nuova assicurazione. La Società, a fronte della corresponsione del relativo rateo di premio che verrà conteggiato sulla base di 1/365 del premio annuale della polizza appena scaduta per ogni giorno di copertura, si impegna sin d'ora a prorogare in tal caso l'assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche per un periodo massimo di 180 giorni decorrenti dalla scadenza o cessazione.

Art. 4 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

Il premio dell'Assicurazione viene corrisposto dal Contraente con applicazione di una rateazione annuale all'attivazione della polizza, ossia al 31/12/2015 e al 31/12 di ogni scadenza anniversaria.

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.

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 scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze (art. 1901 C.C.).

I premi potranno essere pagati alla Società, anche per il tramite del broker.

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

A tale scopo, entro 120 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione il Contraente deve fornire per iscritto alla Società i dati necessari per il conteggio del premio consuntivo. Le differenze attive o passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei 60 giorni successivi al ricevimento da parte del Contraente dell'apposita appendice ritenuta corretta di regolazione emessa dalla Società.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti od il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società deve fissargli, mediante atto formale di messa in mora, un ulteriore termine non inferiore a 30 giorni dandone comunicazione scritta, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto od a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo annuo per il quale non ha avuto luogo la regolazione od il



pagamento della differenza attiva e la garanzia resta sospesa fino alle ore 24.00 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto i suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

In caso di mancata comunicazione dei dati di regolazione o di mancato pagamento del premio di congruaggio non dovuti a comportamento doloso del Contraente, gli eventuali sinistri potranno essere indennizzati nella stessa proporzione esistente tra il premio versato a deposito e l'intero premio dovuto (deposito più congruaggio).

Art. 5 – Revisione del prezzo

Al verificarsi delle ipotesi di variazione del rischio previsti all'Art. 1 - "Variazioni del rischio successivamente alla presentazione dell'offerta", ovvero nel caso in cui l'ammontare dei sinistri pagati dalla Società sommato al computo degli importi posti a riserva dalla Società per i sinistri non ancora pagati, risulti eccedere, alla data della richiesta, l'ammontare del premio, al netto delle imposte, pagato dal Contraente o oggetto di regolazione per il medesimo periodo di oltre il 20%, la Società potrà richiedere, ai sensi dell'art. 115 del decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163, la revisione del prezzo. A tal fine si precisa che, ai soli fini del calcolo revisionale, nel rapporto sinistri a premi di cui al precedente comma, verrà computato solo il 75% degli importi posti a riserva dalla Società per i sinistri riservati e non ancora pagati.

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; qualora sia pattuito un aumento dei premi, il Contraente provvede a corrispondere l'integrazione del premio nei termini di cui all'art. 4 "Pagamento del premio".

Art. 6 – Recesso della Società (opzioni base)

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

Art. 6.1 – Recesso per dichiarazioni inesatte o reticenze del Contraente (opzione base)

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del contraente, relative a circostanze tali che la Società non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, consentono, qualora il contraente abbia agito senza dolo o colpa grave, alla Società di recedere dal contratto stesso con un preavviso non inferiore a 90 giorni, mediante dichiarazione da inviare dalla Società al Contraente entro e non oltre tre mesi dal giorno in cui la Società ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.

Nella fattispecie di cui al precedente comma, 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 dal comma 2 dell'art. 1893 c.c., al pagamento dell'indennizzo per l'intero.

Art. 6.2 – Recesso per aggravamento del rischio (opzione base)

Dopo il trentesimo giorno successivo alla proposta di cui all'art. 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 di 120 (centoventi) giorni, da comunicarsi al Contraente tramite Raccomandata AR (posta elettronica certificata).

Qualora alla data di effetto del recesso, il Contraente non sia riuscito ad affidare il nuovo contratto di assicurazione, a semplice richiesta di quest'ultima, la Società s'impegna a prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni, normative ed economiche, in vigore per un periodo massimo di 90 (novanta) giorni.

Art. 6.3 – Recesso per sinistro (opzione base)

Dopo ogni sinistro e fino al 60 giorno dal pagamento o dal rifiuto dell'indennizzo, la Società ed il Contraente hanno facoltà di recedere dal contratto con preavviso di 120 giorni da darsi con lettera raccomandata. Il computo dei 120 giorni decorre dalla data di ricevimento della suddetta raccomandata da parte del Contraente.

<Inserire in caso di eventuale opzione/i migliorativa/e offerta/e:

Art. 6 – Recesso della Società (opzioni migliorative)>

<Inserire in caso di eventuale opzione migliorativa offerta:

Art. 6.1 – Recesso per dichiarazioni inesatte o reticenze del Contraente (opzione migliorativa)

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del contraente, relative a circostanze tali che la Società non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, consentono, qualora il contraente abbia agito senza dolo, di recedere dal contratto stesso con un preavviso non inferiore a 90 giorni, mediante dichiarazione da farsi alla Società nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.

Nella fattispecie di cui al precedente comma, 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 dal secondo periodo del comma 3 dell'art. 1892 e dal comma 2 dell'art. 1893 c.c., al pagamento dell'indennizzo per l'intero.>



<Inserire in caso di eventuale opzione migliorativa offerta:

Art. 6.2 – Recesso per aggravamento del rischio (opzione migliorativa)

Dopo il trentesimo giorno successivo alla proposta di cui all'art. 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 di 120 (centoventi) giorni, da comunicarsi al Contraente tramite Raccomandata AR (posta elettronica certificata).

Qualora alla data di effetto del recesso, il Contraente non sia riuscito ad affidare il nuovo contratto di assicurazione, a semplice richiesta di quest'ultima, la Società s'impegna a prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni, normative ed economiche, in vigore per un periodo massimo di 180 (centottanta) giorni.>

<Inserire in caso di eventuale opzione migliorativa offerta:

Art. 6.3 – Recesso per sinistro (opzione migliorativa)

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

Norme comuni in tutte le ipotesi di recesso

La Società, entro 30 (trenta) 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.

Nella comunicazione di recesso, la Società congiuntamente alla volontà espressa di recedere dal contratto dovrà fornire al Contraente tutti i dati di cui all'art. 14 – "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 in assenza dei dati richiamati la comunicazione della facoltà di recesso deve intendersi come non perfezionata.

Art. 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 entro 60 giorni dalla ricezione dell'appendice di variazione formalmente ritenuta corretta.



Art. 8 - Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente è tenuto devono essere fatte con lettera raccomandata (anche a mano) od altro mezzo (pec, telefax o simili) indirizzata alla Società oppure al Broker al quale il Contraente ha conferito incarico per la gestione della polizza. La Società adotta analoga forma delle comunicazioni nei confronti del Contraente.

Art. 9 - 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. 10 - Foro competente

Per le controversie relative al presente contratto è competente, esclusivamente, l'autorità giudiziaria del luogo della sede del Contraente.

Art. 11 - Interpretazione del contratto

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

Art. 12 – Ispezioni e verifiche della Società

La Società ha sempre il diritto di ispezionare il rischio potendo accedere, a mero titolo esemplificativo e non esaustivo, a beni mobili ed immobili, luoghi, libri e registri, documenti amministrativi, ogni altro documento probatorio, atti, contratti, ecc... L'Assicurato ha l'obbligo di fornire tutte le occorrenti indicazioni ed informazioni. Tutti gli oneri relativi a tali ispezioni sono posti per intero a carico della Società. Le ispezioni possono essere effettuate da personale dipendente della Società ovvero da soggetti terzi da essa incaricati, in quest'ultimo caso previo benestare dell'Assicurato.

Art. 13 - Assicurazione per conto di chi spetta e titolarità dei diritti nascenti dalla polizza

La presente polizza è stipulata dal Contraente in nome proprio e/o nell'interesse di chi spetta. La Società effettuerà il pagamento del danno, fermo quant'altro previsto dalla presente polizza, a ciascun avente diritto.

Le azioni, le ragioni ed i diritti nascenti dalla polizza non possono essere esercitati che dal Contraente, dall'Assicurato e dalla Società.



Art. 14 - Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio

La Società:

1. entro 60 giorni dal termine di ciascuna annualità assicurativa,
2. entro 180 giorni antecedenti la scadenza finale del contratto,
3. nonché, in ogni caso di risoluzione anticipata del contratto, contestualmente all'esercizio del recesso,

si impegna a fornire al Contraente, in formato elettronico Microsoft Excel® o altro supporto informatico equivalente, il dettaglio dei sinistri, aggiornato a non oltre i 60 giorni precedenti, così articolato:

- a) sinistri denunciati;
- b) sinistri riservati (con indicazione dell'importo a riserva);
- c) sinistri liquidati (con indicazione dell'importo liquidato);
- d) sinistri senza seguito;
- e) sinistri respinti.

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

- la impegnano a redigere il documento di cui sopra secondo un'accurata ed aggiornata informativa per tutta la durata della presente polizza nonché per i 5 anni successivi alla cessazione della stessa;
- rappresentano un insieme di obbligazioni considerate essenziali per la stipulazione ed esecuzione del presente contratto assicurativo, in quanto necessarie a rendere tempestivamente ed efficacemente edotto il Contraente circa gli elementi costitutivi e qualificanti del rapporto contrattuale con la Società.

Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al Contraente di chiedere ed ottenere, con il consenso della Società, un aggiornamento in date diverse da quelle indicate.

In caso di inadempienza da parte della Società, il Contraente provvederà a formalizzare contestazione scritta a mezzo di raccomandata con ricevuta di ritorno (ovvero tramite posta elettronica certificata) assegnando alla Società non oltre 10 giorni naturali e consecutivi per adempiere ovvero per produrre controdeduzioni. Laddove la Società persista nell'inadempimento e ove le controdeduzioni non fossero pervenute entro il termine prescritto o non fossero ritenute idonee, verrà applicata una penale nella misura di € 50,00 a valere sull'ammontare della cauzione definitiva per ogni giorno di ritardo nell'inadempimento rispetto ai termini indicati dal Contraente e per l'esecuzione delle prestazioni contrattuali.



Art. 15 – Clausola intermediari

Si conviene quanto segue:

A) Affidamento e gestione del contratto

Per l'assistenza nella presente procedura, Sogei Spa si è avvalsa e di avvale del servizio di brokeraggio assicurativo, ai sensi del D.Lgs. 209/2005, da parte di Marsh SpA, di seguito definito Broker, con sede operativa in Roma – Piazza Marconi, n 25 -Tel. 06545161; di conseguenza tutti i rapporti inerenti i contratti oggetto della presente gara saranno gestiti, per conto di Sogei Spa dal broker.

Agli effetti dei termini fissati dalle condizioni di assicurazione, ogni comunicazione fatta dal Broker nel nome e per conto del Contraente/Assicurato alla Società si intenderà come fatta dal Contraente /Assicurato stesso. Parimenti ogni comunicazione fatta dalla Società al Broker si intenderà come fatta dalla Società stessa al Contraente/Assicurato.

Si precisa che per la presente polizza i pagamenti dei premi avverranno direttamente a favore della Società e nei termini stabili all'art. 4 "Pagamento del premio". Qualora, previa comunicazione da parte del Contraente/Assicurato alla Società, il pagamento del premio avvenisse tramite il Broker, la Società dichiara che quest'ultimo è autorizzato ad incassare i premi o le rate di premio, con effetto liberatorio nei confronti della Società stessa. Pertanto, il pagamento del premio eseguito in buona fede dal Contraente al broker si considera come effettuato direttamente alla Società.

La Società dovrà pertanto comunicare il nominativo di un Referente del Servizio, dipendente della Società, che avrà il compito di interfacciarsi e collaborare con il Broker, e del quale devono essere indicati i recapiti per il reperimento.

< in caso di aggiudicazione ai sottoscrittori Lloyd's di Londra: Fermo restando quanto espresso nei punti che precedono, i sottoscrittori Lloyd's di Londra dovranno indicare il loro corrispondente/coverholder gestore e responsabile delle comunicazioni relative al contratto sottoscritto da e per verso i Lloyd's di Londra stessi.

Pertanto:

- a) Ogni comunicazione effettuata al Corrispondente/Coverholder dei Lloyd's si considererà come effettuata ai Lloyd's;
- b) Ogni comunicazione effettuata dal Corrispondente/Coverholder dei Lloyd's si considererà come effettuata dalla Società.

Si precisa inoltre che, con riferimento all'art. 118 del D.Lgs. 209/2005 ed all'art. 55 del Regolamento ISVAP n. 05/2006, il Corrispondente/Coverholder dei Lloyd's è autorizzato ad incassare i premi ed i Lloyd's di Londra riconosceranno l'efficacia liberatoria, anche a termini dell'art.1901 c.c., del



pagamento così effettuato. Ai fini della copertura assicurativa farà fede la data di pagamento del premio effettuato dal Contraente al Corrispondente/Coverholder dei Lloyd's.>

B) Remunerazione del Broker e premio di polizza

La remunerazione del broker è posta per intero a carico della Contraente, nella misura corrispondente alle condizioni stabilite nel contratto di *"Affidamento dei servizi di intermediazione e consulenza assicurativa di Consip S.p.A. e Sogei S.p.A."* n° NRXG140480 del 12/01/2015. In conseguenza di ciò:

- nessun ulteriore compenso è pertanto dovuto al broker da parte della Società.
- La Società/e aggiudicataria si impegna/no a non includere nei caricamenti del premio stabilito in polizza commissioni od emolumenti, inerenti il presente contratto, riguardanti qualunque intermediario, in qualunque forma o modo, costituendo, in caso contrario, un aggravamento dei costi della copertura assicurativa
- A tal proposito, con l'apposizione della sottoscrizione della polizza, di eventuali appendici e/o quietanze di pagamento, la Società certifica e garantisce al Contraente che, in relazione al presente contratto, nessuna erogazione, mediante pagamento in denaro o conferimento di qualunque altra utilità, è stata riconosciuta o promessa, né direttamente, né indirettamente o attraverso terzi, al broker incaricato od a Società o persone ad esso collegate, né ad altri intermediari.

La mancata ottemperanza a quanto disposto dalla presente condizione può comportare la risoluzione del contratto ed il risarcimento degli eventuali danni fatta salva ogni eventuale altra conseguenza a sensi di legge.

Art. 16 - Coassicurazione e delega

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

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

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

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

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



Art. 17 – Obblighi inerenti la tracciabilità dei flussi finanziari in base alla l.n° 136/2010

La Società appaltatrice è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi di tracciabilità previsti dalla legge n. 136/2010.

Nel caso in cui la Società, nei rapporti nascenti con i propri eventuali subappaltatori, subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, abbia notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria di cui all'art. 3 della legge n. 136/2010 ne dà immediata comunicazione alla Stazione Appaltante ed alla Prefettura- Ufficio territoriale del Governo della Provincia ove ha sede la Stazione appaltante.

L'Amministrazione può verificare, in occasione di ogni pagamento all'appaltatore e con interventi di controllo ulteriori, l'assolvimento da parte dello stesso, dei subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, agli obblighi relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari.

La Società s'impegna a fornire ogni documentazione atta a comprovare il rispetto, da parte propria nonché dei subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, degli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla legge n. 136/2010.

Secondo quanto previsto dall'art. 3 comma 9 bis della legge n. 136/2010, il mancato utilizzo del bonifico bancario o postale ovvero degli altri strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni, nelle transazioni finanziarie relative a pagamenti effettuati dagli appaltatori, subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, costituisce causa di risoluzione del contratto ai sensi dell'art. 1456 c.c.. La risoluzione si verifica quando la parte interessata dichiara all'altra che intende valersi della presente clausola risolutiva. La risoluzione, in base all'art. 1458 c.c., non si estende alle obbligazioni della Società derivanti da sinistri verificatisi antecedentemente alla risoluzione del contratto.

Art. 18 – Rinvio alle norme di legge

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

Art. 19 – Rinuncia alla surrogazione

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto all'azione di surrogazione che potesse competere per l'art.1916 C.C. verso i responsabili dell'infortunio.

Art. 20 - Trattamento dei dati

Ai sensi del D.lgs. 196/2003, 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.

**Art. 21 – Estensione territoriale**

L'assicurazione vale per il mondo intero. L'indennità liquidabile verrà, in ogni caso, corrisposta in Italia.

Art. 22 – Disciplina dell'appalto

Costituiscono parte integrante e sostanziale della presente polizza tutti i documenti di gara relativi all'aggiudicazione del presente appalto, ancorché non allegati.

Art. 23 – Clausole vessatorie

L'indicazione delle clausole che necessitano della specifica approvazione per iscritto ex artt. 1341 e 1342 del c.c. è a carico della Società offerente, che dovrà provvedervi entro e non oltre la data di effetto della polizza.

Art. 24 – Clausola di raccordo

La presente assicurazione costituisce rischio comune con l'Assicurazione Infortuni del Personale non Dirigente Polizza n° prestata dalla Società ed aggiudicata in unico lotto con il presente contratto.

A tal fine le parti prendono e danno atto che:

- salvo diverso accordo tra le parti il recesso intimato dalla Società, nei casi previsti dal presente contratto, avrà effetto anche in relazione alla polizza di rischio comune sopra indicata.



Sezione 3 – Condizioni di assicurazione

Art.1 - Oggetto della copertura

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca in occasione della partecipazione all'attività della Contraente o nello svolgimento delle mansioni dichiarate dal Contraente stesso, compreso il rischio *in itinere*, e che abbiano per conseguenza la morte o un'invalideria permanente.

Limitatamente alle categorie assicurate per le quali è espressamente richiamata nella sezione 5 l'estensione ai rischi extraprofessionali, si conviene che l'Assicurazione vale altresì nello svolgimento di ogni altra attività svolta dall'Assicurato senza carattere di professionalità.

Sono compresi in garanzia anche:

- a) l'asfissia non di origine morbosa;
- b) soffocamento da ingestione di solidi e/o liquidi;
- c) gli avvelenamenti o le intossicazioni conseguenti ad ingestione od assorbimento di sostanze;
- d) ustioni in genere, nonché il contatto con corrosivi;
- e) le affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi;
- f) l'annegamento;
- g) l'assideramento o congelamento;
- h) la folgorazione;
- i) i colpi di sole o di calore o di freddo;
- j) le ernie addominali/muscolari/ traumatiche;
- k) le lesioni (esclusi gli infarti) determinate da sforzi nonché quelle aventi carattere traumatico, inclusi gli strappi muscolari;
- l) gli infortuni subiti per le scariche elettriche;
- m) gli infortuni subiti durante le scalate di rocce ed accesso ai ghiacciai;
- n) gli infortuni derivanti da aggressioni e violenze in genere;
- o) gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, uso di armi anche non convenzionali, vandalismi, attentati, sequestri, rapine, azioni di dirottamento o di pirateria a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- p) gli infortuni derivanti dalla pratica professionale di qualsiasi sport, ad eccezione di sport aerei in genere e paracadutismo;
- q) gli infortuni derivanti da malore ed incoscienza o conseguenti a vertigini;
- r) gli infortuni derivanti da imprudenza, imperizia e negligenza anche gravi dell'Assicurato;
- s) gli infortuni derivanti dall'uso o guida di cicli, ciclomotori e motocicli di qualunque cilindrata, trattori e macchine agricole semoventi, veicoli a motore e natanti, a condizione che l'Assicurato in caso di guida sia in possesso, ove prescritto, di abilitazione alla guida medesima;



- t) malattie parassitarie, batteriche, micotiche, virali di natura tropicale e qualunque altra malattia riconosciuta dalla medicina internazionale come tropicale semprechè le persone assicurate si siano sottoposte alle pratiche di profilassi richieste per il paese ove si trovino;
- u) gli infortuni causati da forze della natura compresi terremoto, maremoto, eruzione vulcanica, alluvioni, inondazioni, frane, smottamenti, straripamenti, maree, mareggiate, neve, valanghe, slavine, grandine;
- v) gli infortuni causati da influenze termiche ed atmosferiche;
- w) gli infortuni derivanti da abuso di alcolici. Tale estensione di garanzia non si applica ai soggetti Assicurati durante lo svolgimento delle proprie mansioni professionali per conto della Contraente, ed in ogni caso non si applica a tutti i soggetti Assicurati, per gli infortuni subiti alla guida di veicoli a motore e/o natanti in genere;
- x) gli infortuni subiti nel corso di partecipazione a seguito di mobilitazione o per adesione volontaria al servizio di protezione civile;
- y) gli infortuni conseguenti a colpi di sonno;
- z) gli infortuni subiti in occasione di legittima difesa, da atti dovuti per dovere di solidarietà umana;
- aa) gli infortuni e le malattie professionali conseguenti all'uso e/o detenzione a scopo diagnostico e terapeutico di sostanze radioattive naturali o artificiali;
- bb) le infezioni (malattie virali, infezioni, epatite, H.I.V., AIDS e simili) conseguenti a trauma e/o contatto subito durante l'attività svolta per conto del Contraente;
- cc) Le parti si danno atto che tra gli infortuni professionali si intendono espressamente compresi anche gli infortuni subiti in occasione di viaggi, trasferimenti e/o missioni di qualsiasi natura e di tutte le attività svolte per incarichi della Contraente al di fuori della normale sede di lavoro, inerenti le occupazioni professionali, ed eventuali missioni fuori sede dell'assicurato ovunque esse siano, ivi compresi quelli occorsi durante il tempo libero e/o o la pausa pranzo svolti in tali occasioni. La copertura decorre dell'effettivo inizio del viaggio e termina al ritorno dell'assicurato nella sede di appartenenza o alla propria abitazione;
- dd) Le ulteriori lesioni derivanti da interventi chirurgici o trattamenti resi necessari da infortunio.

Art.2 –Limite Catastrofale

Nel caso di infortunio che colpisca contemporaneamente più persone appartenenti alla categoria dei Dirigenti assicurate con la presente polizza, in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo a carico della Società non potrà essere superiore all'importo di € 30.000.000,00 (trentamiliardi/00).

Art. 3- Estensioni di garanzia

A. Spese di trasporto a carattere sanitario

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



per il trasporto dal luogo dell'infortunio ad un Istituto di Cura attrezzato, il trasporto tra Istituti di Cura e dall'Istituto di Cura al domicilio dell'Assicurato.

B. Rientro sanitario

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

C. Rimpatrio salma (valido in Italia e all'Estero)

La garanzia è estesa al rimborso delle spese sostenute per il rimpatrio della salma dell'Assicurato, in caso di decesso a seguito di infortunio o malattia che lo colpiscano nel corso di una missione, gita o viaggio disposto dal Contraente direttamente od indirettamente, fino al luogo di sepoltura e ciò fino alla concorrenza di € 5.000.00.

D. Danni estetici

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, l'Assicurato riporti lesioni al viso tali da provocarne lo sfregio permanente o la deturpazione, La società riconosce il rimborso delle spese sostenute per cure e applicazioni effettuate, entro 2 anni dalla guarigione clinica, allo scopo di ridurre o eliminare il danno estetico nonché per interventi di chirurgia plastica e estetica. Tali spese sostenute per cure ed applicazioni per danno estetico vengono comunque liquidate se l'infortunio non dà luogo a liquidazione di invalidità permanente.

Il rimborso spese per danni estetici è esteso a lesioni subite in altre parti del corpo semprechè l'assicurato abbia riportato un'Invalidità Permanente superiore al 3% .

L'assicurazione non riconosce le spese per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici preesistenti all'evento.

La Società assicura il rimborso delle spese sanitarie sostenute:

- a) Durante il ricovero per:
 - onorari di medici e chirurghi;
 - diritti di sala operatoria e materiali ed apparecchiature applicati durante l'intervento
 - rette di degenza
 - assistenza e cure mediche, esami ed accertamenti diagnostici.
- b) nei 90 giorni successivi al termine del ricovero, per prestazioni mediche ed infermieristiche ambulatoriali ed esami.

Sono in ogni caso esclusi i medicinali e le protesi dentarie.

La presente garanzia vale fino alla concorrenza della somma di € 100.000,00 per sinistro e persona.

E. Rischio aeronautico



L'assicurazione comprende gli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei effettuati in qualità di passeggero di velivoli ed elicotteri di qualsiasi tipo e da chiunque esercitati purchè abilitati al volo da regolare certificato di navigabilità ed è prestata per le somme corrispondenti a quelle assicurate con la presente polizza e per rischi da essa previsti. Agli effetti della garanzia il viaggio aereo si intende iniziato nel momento in cui l'assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso.

La garanzia comprende l'uso di aeromobili per attività speciali quali ispezioni aeree o servizi analoghi.

Restano in ogni caso esclusi i voli effettuati su velivoli ed elicotteri eserciti da aeroclubs.

Il cumulo delle somme assicurate, con questa garanzia o con altre assicurazioni, da chiunque stipulate a favore degli stessi Assicurati per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni, non potrà superare le somme assicurate:

- €2.500.000,00.= per il caso di invalidità permanente
- €3.000.000,00.= per il caso morte

per persona e di:

- €20.000.000,00.= per il caso di invalidità permanente
- €20.000.000,00.= per il caso di morte

complessivamente per aeromobile.

In detta limitazione per aeromobile rientrano i capitali riferentesi ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze infortuni, unicamente se stipulate dallo stesso Contraente.

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

F. Servizio militare

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

L'assicurazione è invece operante nei confronti di coloro che esplicano il servizio sostitutivo di quello militare di leva quali addetti ai corpi di polizia municipale o altre forme previste dalla legge in materia.

G. Rischio guerra



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

H. Responsabilità del contraente

Qualora l'infortunato o, in caso di morte i beneficiari o soltanto qualcuno di essi, non accettino a completa tacitazione per l'infortunio l'indennità dovuta ai sensi del presente contratto e avanzino verso il Contraente maggiori pretese a titolo di responsabilità civile, su richiesta della Contraente stessa, detta indennità viene accantonata nella sua totalità.

L'indennità accantonata viene pagata qualora l'infortunato o gli anzidetti beneficiari recedano dall'azione di responsabilità civile o rimangano in essa soccombenti ovvero a seguito di transazione o a seguito di composizione della controversia.

I. Commorienza

Qualora lo stesso evento provochi la morte, oltre che dell'Assicurato, anche del coniuge e risultino beneficiari dell'Assicurazione figli di minore età o comunque studenti in regolare corso del piano di studi, l'indennizzo ad essi spettante si intende raddoppiato. Il maggiore esborso a carico della Società per effetto della presente estensione di garanzia non potrà comunque superare € 500.000,00.

J. Clausola Dirigenti

Relativamente alla categoria dei Dirigenti e del Presidente/Amministratore Delegato, si conviene quanto segue:

- l'assicurazione viene estesa anche alle malattie professionali che si manifestino nel corso della validità del presente contratto e che producano la morte o riducano l'attitudine al lavoro;
- per i casi di invalidità permanente, conseguenti ad infortunio o malattia professionale, di grado non inferiore al 50%, verrà corrisposto un indennizzo del 100%. Contestualmente al pagamento dell'indennità, la polizza cessa automaticamente nei confronti dell'Assicurato al quale è stata erogata la prestazione, nonostante lo stesso sia in grado di proseguire il rapporto di lavoro;
- qualora, in conseguenza di una malattia professionale o di infortunio, l'attitudine al lavoro dell'assicurato risulti permanentemente ridotta in modo tale da non consentire la prosecuzione del rapporto di impiego con analoghe mansioni, la somma assicurata per il caso dell'invalidità permanente, verrà liquidata al 100%.

K. Aspettativa

I Dirigenti in aspettativa potranno continuare ad essere assicurati, alle medesime condizioni di polizza, con richiesta esplicita della Contraente in cui venga precisato:



- Il periodo di aspettativa
- Le somme da assicurare

Il premio di competenza deve essere versato alla società entro 45 giorni dalla data di richiesta.

L. Rottura dei Denti

Se dall'infortunio deriva all'Assicurato la rottura dei denti, La Società riconoscerà all'Assicurato stesso una invalidità permanente liquidabile secondo la seguente tabella:

- | | |
|--|-------|
| • rottura pari ad almeno un terzo di un incisivo o canino | 1,00% |
| • perdita totale di un incisivo o canino | 2,00% |
| • rottura pari ad almeno un terzo di un premolare o molare | 0,50% |
| • perdita totale di un premolare o molare | 1,00% |

L'invalidità massima liquidabile per ogni singolo evento che comporti rottura di denti non sarà superiore al 30% della totale.

M. Ernie

La garanzia per le ernie da causa violenta opera con l'intesa che:

- se l'ernia risulti operabile, verrà riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 3% della somma garantita in caso di invalidità permanente totale;
- se l'ernia anche se bilaterale non risulti operabile, l'indennizzo viene computato in base alla tabella INAIL (DPR n. 1124 del 30/06/1965 e successive modifiche) con rinuncia all'applicazione della relativa franchigia, fermo restando in ogni caso che non verranno riconosciute indennità superiori al 10% della Somma Garantita nel caso di invalidità permanente totale.

N. Atti violenti

Resta convenuto che se l'Assicurato muore in conseguenza di rapina, tentata rapina, sequestro o tentativo di sequestro persona, attentati, tumulti popolari, aggressioni e/o atti violenti, la Società corrisponde il doppio della somma assicurata per il caso morte.

Resta comunque convenuto che, indipendentemente dall'indennità assicurata, il maggior indennizzo da corrispondere non potrà, in ogni caso, superare l'importo di € 500.000,00.

Art.4 – Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni occorsi:

1. in occasione di eventi direttamente connessi allo stato di guerra dichiarata o non dichiarata, salvo quanto previsto all'articolo denominato "Rischio guerra";
2. durante la guida e l'uso di mezzi di locomozione aerea e la guida di mezzi subacquei, salvo quanto previsto all'articolo denominato "Rischio Aeronautico";



3. da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non rese necessarie da infortunio indennizzabile;
4. in conseguenza di dolo o di azioni delittuose dell'Assicurato;
5. sotto influenza di stupefacenti, psicofarmaci ed allucinogeni assunti volontariamente fatto salvo se dietro prescrizione medica;
6. da stato di ubriachezza alla guida di veicoli o natanti a motore in genere;
7. alla guida di veicoli o natanti a motore in genere qualora non sia mai stata conseguita la relativa abilitazione alla guida;
8. in conseguenza diretta od indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;

Art.5 – Persone escluse dall'assicurazione o non assicurabili

Non sono coperte dalla presente polizza:

1. fatto salvo patto speciale, le persone di età superiore a settantuno anni compiuti. Tuttavia per persone che raggiungano il compimento di 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;
2. indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, e tossicodipendenza. L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi.



Sezione 4 – Operatività della polizza infortuni

Art.1 – Casi assicurati

L'assicurazione vale per i casi assicurati di seguito elencati. A ciascun caso assicurato si applicano le somme assicurate rispettivamente previste per ciascuna categoria di assicurati come previsto nella successiva Sezione 5.

A. MORTE

Se l'infortunio ha come conseguenza la morte dell'Assicurato, l'indennizzo per il caso di morte è dovuto se la morte stessa si verifica, anche successivamente alla scadenza della polizza, entro due anni dal giorno dell'evento. Tale indennizzo viene liquidato ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi testamentari o legittimi dell'Assicurato.

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per l'invalidità permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, i beneficiari, o in difetto di designazione, gli eredi dell'Assicurato, non sono tenuti ad alcun rimborso ed hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per morte - se superiore - e quello già pagato per invalidità permanente.

B. MORTE PRESUNTA

La Società dichiara che se il corpo dell'Assicurato non venisse trovato entro un anno a seguito di arenamento, affondamento e naufragio del mezzo di trasporto aereo, lacustre, fluviale o marittimo, fermo restando quanto previsto dalle Condizioni di Assicurazione, verrà riconosciuto l'indennizzo previsto per il caso di morte, considerando l'evento di cui sopra come infortunio.

Quando sia stato effettuato il pagamento delle indennità ed in seguito l'Assicurato ritorni o si abbiano di lui notizie sicure, la Società ha diritto alla restituzione delle intere somme pagate e relative spese, e l'Assicurato stesso potrà fare valere i diritti che eventualmente gli sarebbero spettati nel caso avesse subito lesioni indennizzabili a norma della presente convenzione.

Le lesioni corporali causate dall'esposizione agli elementi della natura dovuti ad un atterraggio di fortuna, arenamento, affondamento o naufragio del mezzo di trasporto sopra richiamato, sono peraltro garantite dalla presente polizza.

C. COMA IRREVERSIBILE

Ai fini della presente Assicurazione lo stato dichiarato di "coma irreversibile", conseguente ad infortunio indennizzabile ai termini di polizza, viene equiparato alla morte. Pertanto la Società liquiderà la prestazione pattuita qualora l'Assicurato permanga in coma per un periodo continuativo



e non interrotto di 180 giorni. La comunicazione dello stato di caduta in “coma irreversibile” dell’Assicurato e l’avvenuto superamento del periodo di 180 giorni continuativo dovrà essere comunicato per iscritto entro 30 giorni dalle rispettive date.

Qualora inoltre, decorsi ulteriori 180 giorni dalla data di liquidazione del capitale – morte, l’Assicurato permanga nello stato di “coma irreversibile”, tale stato viene equiparato all’invalidità permanente totale e la Società liquiderà la maggior somma eventualmente indennizzabile a tale titolo

Sono espressamente esclusi i casi di coma derivati da abuso di alcolici, dall’uso di psicofarmaci e di stupefacenti.

D. INVALIDITA' PERMANENTE

Se l’infortunio ha per conseguenza un’invalidità permanente dell’Assicurato e questa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - ma comunque entro due anni dal giorno nel quale l’evento è avvenuto, la Società liquiderà per tale titolo e solo in questo caso una indennità calcolata sulla somma assicurata al momento dell’infortunio per l’invalidità permanente, come segue.

La valutazione del grado di Invalidità Permanente sarà effettuata facendo riferimento alla Tabella allegata al D.P.R. del 30.06.1965 n.1124 (Settore Industria), con rinuncia, in caso di infortunio, alle franchigie relative stabilite, nonché alle successive eventuali modificazioni ed integrazioni in vigore fino al 24.07.2000, con l'intesa che le percentuali indicate nella Tabella anzidetta vengano riferite ai capitali assicurati per il caso di invalidità permanente totale.

La Società prende atto che se l'Assicurato risulta mancino il grado di invalidità per il lato destro sarà applicato al sinistro e viceversa.

Nel caso in cui l'Assicurato subisca un infortunio ad un arto superiore o ad una mano o ad un avambraccio e risultasse che questi erano gli unici perfettamente integri o tali che venissero usati come "destri" si dovrà tenere conto di ciò anche nella valutazione del grado di invalidità permanente.

In caso di valutazione della Invalidità Permanente di grado pari o superiore al 50%, verrà liquidata una somma pari al 100% della somma assicurata.

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 l’importo liquidato od offerto ai beneficiari, o in difetto di designazione degli stessi, agli eredi dell’Assicurato secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

E. INDENNITA' GIORNALIERA DA RICOVERO

Se in conseguenza dell’infortunio l’Assicurato viene ricoverato in istituto di cura sia in Italia che all’estero (compreso Day hospital e Day surgery) la Società Liquidà una indennità dal primo giorno di



ricovero di € 103,00 e per un periodo massimo di 300 giorni anche non consecutivi- da quello dell'infortunio. Il giorno di dimissione non è indennizzabile.

In detta limitazione giornaliera rientrano anche le somme eventualmente assicurate per lo stesso titolo con altre polizze infortuni che il Contraente ha in corso con la Società.

La Società, a richiesta dell'Assicurato e su presentazione di idonea documentazione corrisponde mensilmente anticipi sull'indennità dovuta, da imputarsi nella liquidazione definitiva.

F. RIMBORSO SPESE MEDICHE

La Società, in caso d'infortunio rientrante nella garanzia prestata, anche se non determinante la morte, l'invalidità permanente dell'Assicurato, rimborsa fino alla concorrenza del massimale assicurato: le spese e gli onorari sostenuti per prestazioni mediche e chirurgiche, spese per l'uso della sala operatoria e dei materiali e apparecchiature applicati durante l'intervento, le rette di degenza in ospedale e clinica, accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio, accertamenti medico legali, terapie fisiche e trattamenti fisioterapici e riabilitativi, assistenza infermieristica, acquisto di farmaci, tutori, presidi e protesi ortopediche ed oculari, cure odontoiatriche compresa la sola prima protesi.

Le spese verranno liquidate a presentazione di fatture, notule, ecc.. La liquidazione potrà avvenire anche se non si è verificata la completa guarigione dell'Assicurato.

Art. 2 - Denuncia del sinistro e relativi obblighi

La denuncia dell'infortunio dovrà contenere l'indicazione del luogo, del giorno e dell'ora dell'evento, nonché le cause che lo hanno determinato, dovrà essere corredata di certificato medico, ed inviata all'Ufficio preposto della Contraente che provvederà ad inviarla al Broker o alla Società, entro il 30° giorno lavorativo dall'infortunio o dal momento in cui il Contraente, l'Assicurato od i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità.

Avvenuto l'infortunio, l'Assicurato deve ricorrere alle cure di un medico e seguirne le prescrizioni.

Successivamente l'Assicurato deve acquisire e conservare i certificati medici sul decorso delle lesioni, sino a guarigione avvenuta, nonché le fatture, notule e ogni altro documento comprovante le spese mediche o farmaceutiche sostenute e rimborsabili. Tale certificazione dovrà essere presentata in occasione della visita medico legale.

Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, dovrà essere dato immediatamente avviso alla Società a mezzo telefax e/o telegramma.

Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato, salvo che siano espressamente comprese nell'Assicurazione.



La Società si impegna a comunicare all'Assicurato di aver provveduto all'apertura del sinistro entro 15 giorni dalla ricezione della denuncia, segnalando il numero di riferimento assegnato. La Società si impegna ad individuare un unico centro di liquidazione danni per la gestione di tutti i sinistri che colpiscono la presente polizza ed a comunicare all'Assicurato il nominativo di un unico referente per la liquidazione dei danni.

Art.3 – Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennità 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'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti.

Art.4 – Controversie

In caso di controversie di natura medica sulla indennizzabilità dell'infortunio nonché sulla misura dei rimborsi o sulla liquidabilità delle indennità, le Parti si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere se ed in quale misura siano dovuti i rimborsi e le indennità a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo dalle Parti di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio medico.

Il collegio medico risiede ove ha sede l'Assicurato/Contraente.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunererà il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico.

Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono obbligatorie per le parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale.

Art.5 – Liquidazione dell'indennità

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquiderà l'indennità che risulti dovuta, ne darà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvederà al pagamento entro 30 giorni. L'indennità viene corrisposta in Italia in Euro.



Art. 6 - Anticipo indennizzo

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 60 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.



Sezione 5– Categorie, somme assicurate, franchigia, scoperti e calcolo del premio

Art. 1 – Categorie assicurate

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

Si conviene che per l'identificazione degli Assicurati e della loro effettivo mandato/funzione/carica faranno fede gli apposti atti del Contraente.

A. PRESIDENTE / AMMINISTRATORE DELEGATO

L'Assicurazione è efficace per il Presidente/'Amministratore Delegato della Contraente:

Garanzia	Somma assicurata procapite	Franchigie	
<i>Rischi coperti</i>	<i>Professionalì ed ExtraProfessionalì</i>	<i>Professionalì</i>	<i>Extra-professionalì</i>
Caso Morte	€2.000.000,00	Non applicabile	Non applicabile
Caso Invalidità Permanente	€ 2.400.000,00	0%	Non applicabile
Rimborso spese mediche	€ 15.000,00	€ 0,00	Non applicabile
Diaria per ricovero	€ 103,00	Non applicabile	Non applicabile

B. COMPONENTI ORGANI SOCIALI

L'Assicurazione è efficace per tutti i componenti titolari degli Organi Sociali della Contraente e si intende automaticamente trasferita in favore dei componenti supplenti:

Garanzia	Somma assicurata procapite	Franchigie	
<i>Rischi coperti</i>	<i>Professionalì</i>	<i>Professionalì</i>	<i>Extra-professionalì</i>
Caso Morte	€ 500.000,00	Non applicabile	Non applicabile
Caso Invalidità Permanente	€ 500.000,00	0%	Non applicabile
Rimborso spese mediche	€ 15.000,00	€ 0,00	Non applicabile
Diaria per ricovero	€ 103,00	Non applicabile	Non applicabile



DIRIGENTI

L'Assicurazione è efficace per tutti i Dirigenti della Contraente:

Garanzia	Somma assicurata procapite	Franchigie	
<i>Rischi coperti</i>	<i>Professionalisti ed Extra professionalisti</i>	<i>Professionalisti</i>	<i>Extra-professionalisti</i>
Caso Morte	5 volte la retribuzione annua lorda con il massimo di € 1.250.000,00	Non applicabile	Non applicabile
Caso Invalidità Permanente	6 volte la retribuzione annua lorda con il massimo di € 1.500.000,00	0%	0%
Rimborso spese mediche	€ 15.000,00	€ 0,00	€ 0,00
Diaria per ricovero	€ 103,00	Non applicabile	Non applicabile

Art.2 – Calcolo del premio

Il Contraente versa, a titolo di deposito premio convenuto, l'importo riportato nella seguente tabella "scomposizione del premio" rappresentante il totale degli importi per singola categoria calcolati sulla base dei tassi e premi sottoriportati.

Al termine di ogni annualità la Società calcola il premio dovuto sulla base delle variazioni comunicate dalla Contraente in sede di regolazione, il cui pagamento verrà effettuato ai sensi dell'articolo denominato "Regolazione del Premio" della presente polizza.



Categoria	Parametro	Numero	Valore	Tasso Annuo Lordo applicato	Premio annuo Lordo (in cifre)
Componenti Organi Sociali	Numero	7	€ 7.105.721,00‰	€
Presidente/ A.D.	Numero	1	€4.415.103,00‰	€
Dirigenti (rischi professionali)	Retribuzioni totali	--	€ 6.900.000,00‰	€
Dirigenti (rischi extraprofessionali)	Retribuzioni totali	--	€ 6.900.000,00‰	€
Totale complessivo					€

SCOMPOSIZIONE DEL PREMIO

Premio annuo imponibile	€
Imposte	€
Totale	€

Il Contraente

La Società

.....

.....