

ALLEGATO 3

**CAPITOLATO TECNICO e SCHEMA DI CONTRATTO DI POLIZZA
LOTTO 3 – POLIZZA INFORTUNI CUMULATIVA CIG 86262953D4**

SEDE LEGALE

Via Soderini 24 – 20146 Milano
Tel 02 77404141 – protocollo@afolmet.it
P.IVA 08928300964

Sommario

Definizioni	4
Sezione 1 – Norme che regolano l'Assicurazione in Generale	6
1. Prova del contratto	6
2. Pagamento del premio e decorrenze della garanzia	6
3. Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società	6
4. Variazioni del rischio	6
5. Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali	6
6. Clausola di recesso	7
7. Recesso in caso di sinistro	7
8. Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave	7
9. Oneri fiscali	7
10. Foro competente	7
11. Rinvio alle norme di legge	7
12. Durata del contratto	7
13. Efficacia temporale delle garanzie	7
14. Elementi per il calcolo del premio	8
15. Coassicurazione e delega	8
16. Clausola Broker	8
17. Produzione di informazioni sui sinistri	9
18. Assicurazione presso diversi assicuratori	9
19. Tracciabilità dei flussi finanziari	9
20. Regolazione del premio	9
21. Validità esclusiva delle norme dattiloscritte	10
22. Assicurazione per conto di chi spetta	10
23. Obblighi di riservatezza e segretezza	10
24. Modifiche dell'assicurazione	10
25. Gestione delle vertenze	10
Sezione 2 – Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni	11
26. Oggetto dell'assicurazione	11
27. Rischi inclusi nell'assicurazione	11
28. Delimitazione dell'assicurazione - Esclusioni	12
29. Assicurabilità	12
30. Limiti territoriali	12
31. Morte	12
32. Invalidità Permanente	12
33. Cumulo di indennità	13
34. Spese mediche da infortunio	13
35. Diaria da ricovero	13
36. Rinuncia alla rivalsa	13
37. Morte presunta	14
38. Esposizione agli elementi	14
39. Ernie traumatiche da sforzo	14
40. Rischio volo	14
41. Rischio guerra	14
42. Esonero denuncia di infermità e difetti	14
43. Indennità supplementare in caso di commorienza	Errore. Il segnalibro non è definito.
44. Rischio in itinere	15
45. Rapina, tentata rapina, sequestro di persona	15
46. Morsi di animali, punture di insetti	15
47. Cessazione del rapporto di lavoro causato da infortunio	15
48. Danni estetici	15
49. Malattie tropicali	15
50. Spese di rimpatrio	15
Sezione 3 – Norme che regolano la gestione dei sinistri	16

51.	Obblighi del Contraente in caso di sinistro	16
52.	Controversie – Collegio Medico	16
53.	Liquidazione	16
	Disposizioni finali	17
	Dichiarazioni	17
	Allegato A – Categorie e somme assicurate	18
	Allegato B – Limiti di risarcimento, franchigie e scoperti	19

Definizioni

ASSICURATO	Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.
ASSICURAZIONE	Il contratto di assicurazione.
ATTIVITA'	Quella svolta in qualità dall'Assicurato per statuto, per legge, per regolamenti o delibere, compresi i provvedimenti emanati dai propri organi. Eventuali variazioni che interverranno saranno automaticamente recepite. La definizione comprende anche tutte le attività accessorie, complementari, connesse e collegate, preliminari e conseguenti all'attività principale, ovunque e comunque svolte.
BROKER	GBSAPRI Spa, (in seguito detta più semplicemente Broker).
CONTRAENTE	La persona fisica o giuridica che stipula l'assicurazione
FRANCHIGIA	L'importo prestabilito di danno indennizzabile che rimane a carico dell'Assicurato.
INDENNIZZO / RISARCIMENTO	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
INFORTUNIO	Evento dovuto a causa violenta, fortuita ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.
INABILITA' TEMPORANEA	Temporanea incapacità fisica dell'Assicurato di attendere alle attività assicurate.
INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO	Diminuzione o perdita definitiva ed irrimediabile della capacità dell'Assicurato a svolgere un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione esercitata, intervenuta a seguito di infortunio.
INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA	Diminuzione o perdita definitiva ed irrimediabile della capacità dell'Assicurato a svolgere un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione esercitata, intervenuta a seguito di malattia.
INGESSATURA	Mezzo di contenzione costituito da fasce gessate o altri apparecchi comunque immobilizzanti ed applicati in istituti di cura o ambulatori medici.
ISTITUTI DI CURA	Ospedali, cliniche, case di cura, pubblici o privati, autorizzati a termini di legge al ricovero dei malati e/o infortunati.
MALATTIA	Per malattia si intende ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.
PERIODO ASSICURATIVO	Durata della copertura ai fini dell'applicazione di limiti, franchigie e scoperti e determinazione del premio. Equivale ad una annualità fatto salvo dove diversamente indicato.

POLIZZA	Il documento che prova l'assicurazione.
PREMIO	La somma dovuta alla Società.
RICOVERO	Degenza in istituto di cura che comporti il pernottamento o la degenza diurna (Day Hospital) di almeno 6 ore continuative.
RISCHIO	La probabilità del verificarsi del sinistro.
SCOPERTO	La percentuale prestabilita di danno indennizzabile che resta a carico dell'Assicurato.
SINISTRO	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
SOCIETA'	L'impresa assicuratrice.
UBICAZIONE DEL RISCHIO	Ovunque si svolgano le attività della Contraente / Assicurata

Sezione 1 – Norme che regolano l'Assicurazione in Generale

1. Prova del contratto

La polizza e le sue eventuali modifiche devono essere provate per iscritto. Sul contratto o su qualsiasi altro documento che concede la copertura deve essere indicato l'indirizzo della sede sociale e, se del caso, della succursale dell'Impresa che concede la copertura assicurativa.

2. Pagamento del premio e decorrenze della garanzia

A parziale deroga dell'art. 1901 Codice Civile, le parti, anche ai sensi e per gli effetti del D.Lgs 192/2012 convengono espressamente che:

- il Contraente è tenuto al pagamento della prima rata di premio entro 90 (novanta) giorni dalla data di ricezione del contratto da parte del broker. In mancanza di pagamento, la garanzia rimane sospesa dalla fine di tale periodo e riprende vigore alle ore 24.00 del giorno in cui viene pagato il premio di perfezionamento.
- se il Contraente non paga il premio per le rate successive la garanzia resta sospesa dalle ore 24.00 del 90° (novantesimo) giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore alle ore 24.00 del giorno in cui viene pagato quanto dovuto, ferme restando le scadenze contrattualmente stabilite.
- i termini di cui al comma precedente si applicano anche in occasione del perfezionamento di documenti emessi dalla Società, a modifica, variazione ad integrazione del rischio e reintegro automatico, che comportino il versamento di premi aggiuntivi.

Conseguentemente la Società rinuncia espressamente alle azioni di cui al citato D.Lgs 192/2012 per i suindicati periodi di comporto.

Qualora ai sensi del Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze 18 gennaio 2008, n. 40 così come integrato dall'art. 1 della Legge 26 aprile 2012 n. 44 (c.d. "Decreto Fiscale 2012") e s.m.i. il riscossore riscontrasse un inadempimento a carico della Società ed il Contraente fosse impossibilitato a provvedere al pagamento parziale o totale della polizza sino alla definizione del provvedimento, le garanzie resteranno comunque operanti ed i termini di cui sopra per il pagamento del premio decorreranno dalla data in cui la Società di Riscossione comunicherà al Contraente la revoca del provvedimento.

3. Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società

Tutte le comunicazioni, alle quali il Contraente è tenuto, devono essere fatte con mail PEC, indirizzati alla Società o al Broker a cui è assegnata la polizza, analoga procedura adotta la Società nei confronti del Contraente.

A tal fine le parti indicano i seguenti indirizzi di posta elettronica certificata:

- Per il Contraente:
- Per il Broker:
- Per la Società:

4. Variazioni del rischio

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

Qualsiasi elemento intervenuto successivamente all'aggiudicazione del contratto, che comporti una variazione del rischio, deve essere comunicato immediatamente, ovvero entro quindici giorni dall'intervenuta conoscenza, per iscritto alla Società.

Il Contraente non è tenuto a comunicare per iscritto le variazioni di rischio derivanti da sopravvenienze normative ovvero da modifiche di orientamenti giurisprudenziali.

5. Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali

Per i contratti di durata pluriennale, qualora si intenda chiedere la revisione del prezzo, sei mesi prima della scadenza dell'annualità, sulla base dei dati a disposizione da comunicare al Contraente, la Società può segnalare al Contraente stesso il verificarsi di ipotesi di modifiche del rischio previste all'art. 4 (*variazione del rischio*) e richiedere motivatamente, ai sensi dell'art. 106 del D.Lgs. 50/2016, la revisione dei premi o delle condizioni contrattuali attinenti alle franchigie, agli scoperti o ai massimali assicurati (*di cui all'Allegato A*).

Il Contraente, entro 15 giorni, a seguito della relativa istruttoria – effettuata con ausilio del Broker – e tenuto

conto delle richieste formulate, decide in ordine alle stesse, formulando la propria controproposta di revisione. In caso di accordo tra le parti si provvede alla modifica del contratto a partire dalla nuova annualità.

6. Clausola di recesso

In caso di mancato accordo, ai sensi del precedente art. 5 (*revisione dei prezzi e altre clausole contrattuali*), tra le parti, la Società può recedere dal contratto di assicurazione. Il recesso decorre dalla scadenza dell'annualità.

La facoltà di recesso si esercita entro **30** (trenta) giorni dalla proposta di cui al comma 1 dell'art. 5 (*revisione dei prezzi e altre clausole contrattuali*), presentata dalla Società, ovvero, nei casi di cui al comma 2 del medesimo articolo, entro **30** (trenta) giorni dalla ricezione della controproposta del Contraente.

Qualora alla data di effetto del recesso il Contraente non sia riuscito ad affidare un nuovo contratto di assicurazione, a semplice richiesta di quest'ultimo, la Società si impegna a prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni, normative ed economiche, in vigore, per un periodo massimo di **30** (trenta) giorni. Il Contraente, contestualmente, provvede a corrispondere l'eventuale integrazione del premio.

Il recesso non produce effetto in caso di mancata produzione dei dati di cui all'art. 16 (*produzione di informazioni sui sinistri*) riferiti fino al mese antecedente a quello di esercizio del recesso.

7. Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro, fatta eccezione per le fattispecie di cui ai precedenti articoli 5 e 6, e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società o il Contraente possono recedere dall'assicurazione con preavviso di 120 giorni con lettera Raccomandata A.R. In tale ipotesi la Società, entro quindici giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio netto relativa al periodo di rischio non corso.

8. Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave

Nell'ipotesi di cui all'art. 1893, comma 1, del C.C., in assenza di dolo o colpa grave, il diritto di recesso della Società potrà avvenire, fermo restando l'obbligo della dichiarazione da farsi al Contraente nei tre mesi successivi al giorno in cui la Società medesima ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, secondo la procedura di cui ai precedenti artt. 5 (*revisione dei prezzi e altre clausole contrattuali*) e 6 (*clausola di recesso*) e con decorrenza dal termine di cui al comma 2 del richiamato art. 5, dalla ricezione della suddetta dichiarazione.

9. Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi alla polizza sono a carico del Contraente.

10. Foro competente

In caso di controversia giudiziale il Foro competente è quello del luogo ove ha sede il Contraente.

11. Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non espressamente regolato dalle condizioni contrattuali valgono le norme di legge.

12. Durata del contratto

Il presente contratto ha la durata di anni due (2), mesi 0 (zero) e giorni 0 (zero), a decorrere dalle ore 24 del 30.04.2021 fino alle ore 24 del 30.04.2023 e cessa di avere effetto alla scadenza stabilita.

La stazione appaltante si riserva la facoltà di rinnovare il contratto, alle medesime condizioni, per una durata massima pari a 24 mesi. E' facoltà del contraente, entro la naturale scadenza, richiedere alla Società, la proroga della presente assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche fino al completo espletamento delle procedure d'aggiudicazione della nuova assicurazione e comunque per un periodo massimo di 6 mesi.

13. Efficacia temporale delle garanzie

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

14. Elementi per il calcolo del premio

Il premio viene anticipato in base all'applicazione dei tassi, che rimangono fissi per tutta la durata del contratto, da applicarsi sui parametri espressamente indicati nell'offerta economica formulata; analogamente, il calcolo del premio di regolazione, se dovuto, verrà effettuato utilizzando i medesimi tassi.

15. Coassicurazione e delega

A deroga dell'art. 1911 Codice Civile, tutte le Società sottoscrittrici (*delegataria e Coassicuratrici*) risponderanno in solido nei confronti del Contraente. Tutte le comunicazioni relative al presente Contratto si intendono fatte o ricevute dalla Società Delegataria, all'uopo designata dalle Società Coassicuratrici, in nome e per conto di tutte le Società Coassicuratrici.

16. Clausola Broker

Ad ogni effetto di legge, le Parti contraenti riconoscono al Broker il ruolo di cui al D. Lgs. n. 209/2005, relativamente alla conclusione ed alla gestione della presente assicurazione e per tutto il tempo della durata, incluse proroghe, rinnovi, riforme o sostituzioni.

In conseguenza di quanto sopra si conviene espressamente:

- che il Broker, nell'ambito della normativa richiamata, sia responsabile della rispondenza formale e giuridica dei documenti contrattuali nonché della legittimità della sottoscrizione degli stessi da parte della Società;
- di riconoscere che tutte le comunicazioni che, per legge o per contratto, il Contraente/Assicurato è tenuto a fare alla Società, si intendono valide ed efficaci anche se notificate al Broker;
- che il pagamento dei premi dovuti alla Società, per qualsiasi motivo relativo alla presente assicurazione, venga effettuato dal Contraente al Broker. Il pagamento così effettuato ha effetto liberatorio ai sensi dell'art. 1901 C.C. La Società delegataria o ogni eventuale Società coassicuratrice, delegano quindi esplicitamente il broker, all'incasso del premio, in ottemperanza al comma 2 dell'art. 118 D.lgs 209/2005 e con gli effetti per la Contraente previsti al primo comma del medesimo articolo;
- che le somme incassate dal broker vengano da questi rimesse agli assicuratori secondo gli accordi vigenti o, in mancanza, entro il giorno dieci del mese successivo a quello di incasso. All'uopo il broker trasmetterà alla/e Società distinta contabile riepilogativa della disposizione effettuata. Il presente comma è efficace qualora broker e Società non abbiano convenuto diversa regolamentazione dei rapporti;
- che le variazioni alla presente assicurazione richieste dalla Contraente al broker, in forma scritta, siano immediatamente efficaci quando accettate dalla Società. Qualora le stesse comportino il versamento di un premio aggiuntivo, i termini di effetto sono subordinati alla disciplina dell'art. 1.3 "pagamento del premio";
- che l'opera del broker, unico intermediario nei rapporti con le Compagnie di Assicurazione, verrà remunerata dalla Compagnie con le quali verranno stipulati, modificati e/o prorogati i contratti, secondo quanto disciplinato dagli accordi tra le stesse e il broker incaricato, o in mancanza, secondo la media delle commissioni riconosciute al broker per analoghi contratti, da almeno 5 imprese con le quali lo stesso ha già stipulato accordi. La remunerazione del broker non dovrà in ogni caso rappresentare un costo aggiuntivo per il Contraente, e andrà dalla Società assorbita nella componente di costo altrimenti identificata nel premio, per gli oneri di distribuzione e produzione;
- che la gestione dei sinistri, fino a che non diventino vertenze legali, venga curata per conto del Contraente/Assicurato, dal broker: il Broker intratterrà per conto del contraente/Assicurato i rapporti con l'Ufficio Sinistri della Compagnia, al quale rimane riservata la trattazione specifica e la liquidazione dei sinistri.
- che il broker ha ottemperato agli obblighi assicurativi di Legge di cui all'Art. 112, comma 3 del D.lgs. 209/2005 e si impegna a produrre copia della vigente polizza a semplice richiesta scritta della/e Società in qualunque momento del rapporto;

Il presente articolo sarà privo di efficacia dal momento in cui dovesse venire a mancare l'obbligatoria iscrizione del broker al RUI, istituito presso l'ISVAP con procedimento n. 5 del 16/10/2006.

Il Contraente si riserva la facoltà, in corso di vigenza dei contratti di assicurazione, di individuare un diverso Broker, dandone comunicazione alla Società entro 15 giorni dall'avvenuta variazione.

17. Produzione di informazioni sui sinistri

Entro **tre mesi** dalla scadenza di ogni annualità e in ogni caso **sei mesi** prima della scadenza contrattuale, entro i 30 (trenta) giorni solari successivi, pena l'applicazione delle penali di cui al successivo comma 2, la Società, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di riservatezza dei dati personali, si impegna a fornire al Contraente l'evidenza dei sinistri denunciati a partire dalla data di decorrenza del contratto. Tale elenco dovrà essere fornito in formato standard digitale aperto, tramite files modificabili e non modificabili, e dovrà riportare per ciascun sinistro:

- Numero del sinistro attribuito dalla Società;
- Numero di polizza;
- Data di accadimento dell'evento;
- Data della denuncia;
- Periodo di riferimento;
- Indicazione dello stato del sinistro, secondo la seguente classificazione e con i dettagli di seguito indicati:
 - a) Sinistro agli atti, senza seguito;
 - b) Sinistro liquidato, in data _____ con liquidazione pari ad €. _____;
 - c) Sinistro aperto, in corso di verifica con relativo importo stimato pari ad €. _____.

In caso di mancato rispetto di quanto previsto al comma 1 del presente articolo, in assenza di adeguate motivazioni legate a cause di forza maggiore, la Società dovrà corrispondere al Contraente un importo pari allo 0,30% del premio annuo complessivo per ogni giorno solare di ritardo, con un importo massimo pari ad €. 350,00.

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

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

18. Assicurazione presso diversi assicuratori

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare alla Società eventuali altre polizze da lui stipulate per i medesimi rischi fermo restando che, in caso di sinistro, l'Assicurato o il Contraente deve darne avviso a tutti gli Assicuratori ed è tenuto a richiedere a ciascuno di essi l'indennizzo dovuto secondo il rispettivo contratto autonomamente considerato.

Qualora la somma di tali indennizzi – escluso dal conteggio l'indennizzo dovuto dall'assicuratore insolvente – superi l'ammontare del danno, la Società è tenuta a pagare soltanto la sua quota proporzionale in ragione dell'indennizzo calcolato secondo il proprio contratto, esclusa comunque ogni obbligazione solidale con gli altri assicuratori.

19. Tracciabilità dei flussi finanziari

La Società ed il Broker assumono tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'art. 3, della L. 136/2010 e s.m.i., e si impegnano a comunicare al Contraente ed alla Prefettura - ufficio territoriale del Governo della Provincia, della notizia dell'inadempimento degli eventuali propri subappaltatori/subcontraenti agli obblighi di tracciabilità finanziaria.

Il contratto s'intende risolto di diritto nel caso che anche una sola transazione finanziaria relativa al presente affidamento, anche se eseguita da subappaltatori o subcontraenti dell'impresa appaltatrice, sia stata eseguita senza avvalersi degli strumenti di pagamento idonei ad assicurare la piena tracciabilità della relativa operazione, ai sensi e per gli effetti dell'art. 3, comma 9-bis della legge 136/2010 e s.m.i..

20. Regolazione del premio

Il premio viene anticipato, in via provvisoria, per l'importo risultante dall'offerta economica presentata in sede di gara, ed è regolato alla fine del periodo assicurativo annuo, secondo le variazioni intervenute, durante lo stesso periodo, negli elementi presi come base per il calcolo del premio.

A tale scopo, entro 90 giorni dalla fine dell'anno assicurativo, il Contraente deve fornire per iscritto alla Società, i dati a consuntivo ed il calcolo del premio di regolazione verrà effettuato utilizzando i tassi indicati in sede di offerta.

Le differenze, attive o passive risultanti dalla regolazione, devono essere pagate entro 120 giorni dalla relativa

comunicazione.

Se nei termini di scadenza di cui sopra l'Assicurato non fa luogo alle anzidette comunicazioni circa la regolazione del premio, oppure non paga la differenza attiva del premio dovuto nei termini indicati, la Società fisserà un ulteriore termine di 60 giorni dandone comunicazione al Contraente a mezzo mail PEC; trascorso detto termine la garanzia resterà sospesa, fermo l'obbligo del Contraente di provvedere al pagamento del premio di regolazione dovuto.

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

Per i contratti scaduti, se l'Assicurato non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

21. Validità esclusiva delle norme dattiloscritte

Si intendono operanti solo le norme dattiloscritte.

La firma apposta dalla Contraente su moduli a stampa forniti dalla Società vale solo quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio tra le Società partecipanti alla coassicurazione.

22. Assicurazione per conto di chi spetta

La presente polizza è stipulata dal Contraente in nome proprio e/o nell'interesse di chi spetta. In caso di sinistro però, i terzi interessati non avranno alcuna ingerenza nella nomina dei periti da eleggersi dalla Società e dal Contraente, né azione alcuna per impugnare la perizia, convenendosi che le azioni, ragioni e diritti sorgenti dall'assicurazione stessa non possono essere esercitati che dal Contraente. L'indennità che, a norma di quanto sopra, sarà stata liquidata in contraddittorio non potrà essere versata se non con l'intervento, all'atto del pagamento, dei terzi interessati.

23. Obblighi di riservatezza e segretezza

La Società ha l'obbligo, in ossequio a quanto disposto dal Decreto Legislativo 30-6-2003 n. 196 di mantenere riservati i dati e le informazioni di cui venga in possesso, di non divulgarli e di non farne oggetto di utilizzazione a qualunque titolo.

24. Modifiche dell'assicurazione

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

Nessuna condizione o accordo tra Contraente o Assicurato e Agenti o Brokers o incaricati della società sono validi senza la ratifica scritta da parte della Direzione Generale della Società.

25. Gestione delle vertenze

La Società assume fino a quando ne ha interesse, a nome dell'assicurato, la gestione stragiudiziale e giudiziale delle vertenze in qualunque sede nella quale si discuta del risarcimento del danno, designando, ove occorra, legali o tecnici. Ha altresì facoltà di provvedere per la difesa dell'assicurato in sede penale, sino all'atto della tacitazione dei danneggiati.

Sezione 2 – Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni

Le condizioni che seguono prevalgono in caso di discordanza sulle norme che regolano la polizza (Sez.1)
L'eventuale discordanza tra le norme che regolano la polizza, le norme del presente articolo, le norme che regolano i sinistri e le norme del Codice Civile sulle polizze di assicurazione, verrà sempre risolta nella maniera più favorevole al Contraente e/o agli Assicurati.

26. Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione vale, purché il Contraente ne abbia interesse, per gli infortuni professionali che le categorie assicurate, di cui all'allegato prospetto d'offerta, subiscano durante l'espletamento di qualsiasi incarico o mansione svolto per conto dell'Ente, ivi compresi, per le categorie interessate, il rischio in itinere ed i trasferimenti in genere.

Il Contraente è esonerato dal comunicare preventivamente le generalità degli assicurati.

La Società può comunque procedere alla verifica presso il Contraente dei dati relativi alle persone assicurate, attraverso la consultazione di documentazione comprovante lo stato del rischio.

- a) ALLIEVI E DOCENTI: Frequentanti e operanti nei centri di Formazione professionale o di altre strutture previste dalla LR 95/80 e successive modificazioni e integrazioni, istituti e gestiti direttamente dalla Contraente, da Enti Locali ovvero da Soggetti Convenzionati con la Contraente stessa o dalla stessa riconosciuti.

L'Assicurazione vale per gli Infortuni sofferti dagli assicurati durante lo svolgimento di qualsiasi attività didattica – anche se svolta in azienda o in luoghi diversi dalla sede dei corsi – ricreativa e/o ginnica promossa o autorizzata dai Responsabili delle strutture o dai responsabili dei corsi, anche in orario extrascolastico. La garanzia è altresì operante durante il tragitto dalla dimora o dal luogo di lavoro alla sede del corso o viceversa, effettuato sia a piedi che mediante qualsiasi mezzo di Locomozione.

Resta altresì convenuto che l'Assicurazione è estesa agli allievi frequentanti i tirocini e ai partecipanti/utenti afferenti le altre attività organizzate dal Contraente.

- b) CONDUCENTI VEICOLI (DPR.333 del 3.08.1990 e modifiche successive): Il contratto assicura gli infortuni subiti dai dipendenti alla guida di mezzi di loro proprietà (o intestate al coniuge o ad altri familiari conviventi, anche in caso di more uxorio) e di proprietà dell'Ente autorizzate dalla Contraente, in missioni od adempimenti di servizi per conto della Contraente stessa. L'assicurazione vale anche durante la salita e la discesa dal veicolo, nonché in caso di riparazioni di emergenza effettuate necessariamente sulla strada. La validità dell'assicurazione è comunque subordinata al fatto che il conducente siano in possesso di valida abilitazione alla guida e che il trasporto sia effettuato in conformità a quanto previsto dalla carta di circolazione.

Il contratto assicura inoltre gli infortuni subiti dai conducenti dei veicoli di proprietà o in locazione al Contraente.

27. Rischi inclusi nell'assicurazione

Sono compresi nell'assicurazione:

- a) asfissia non di origine morbosa
- b) gli avvelenamenti acuti e le intossicazioni acute e/o lesioni prodotte da ingestione di cibo o assorbimento sostanze
- c) i morsi di animali, le punture e le ustioni causate da animali e/o vegetali in genere, nonché le infezioni (comprese quelle tetaniche) conseguenti ad infortuni risarcibili a termine di Capitolato;
- d) le alterazioni patologiche conseguenti a morsi di animali e punture di insetti o aracnidi, esclusa la malaria;
- e) l'annegamento;
- f) le conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche o di altre cure rese necessarie da infortunio;
- g) l'assideramento o il congelamento, la folgorazione, i colpi di sole o di calore e altre influenze termiche ed atmosferiche;
- h) le ernie traumatiche nonché le lesioni muscolari e tendinee da sforzo (esclusi gli infarti);
- i) gli infortuni sofferti in conseguenza di contatto con sostanze corrosive
- j) gli infortuni sofferti in stato di maleore o incoscienza;

- k) gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza o sotto l'effetto di sostanze stupefacenti, purché l'assunzione di queste ultime abbia comprovato carattere terapeutico ed esclusi quelli sofferti alla guida di mezzi di locomozione;
- l) gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- m) gli infortuni derivanti da movimenti tellurici ed altre calamità naturali nonché, a condizione che l'Assicurato non abbia preso parte attiva a tali eventi, gli infortuni derivanti da aggressioni o atti violenti, tumulti popolari, atti di vandalismo, attentati e atti di terrorismo.

28. Delimitazione dell'assicurazione - Esclusioni

Sono esclusi dalla presente assicurazione gli infortuni derivanti:

- a) dall'uso e guida di mezzi di locomozione aerei e subacquei;
- b) dalla pratica di paracadutismo e sport aerei in genere;
- c) dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove) a livello professionistico, salvo che si tratti di gare automobilistiche di regolarità pura o di gare podistiche, di bocce, ginnastica, pattinaggio, golf, pesca senza uso di autorespiratore, squash, scherma, tennis, regate veliche escluse quelle di altura, gare e/o partite aziendali e/o aventi carattere ricreativo o di attività ciclo amatoriali;
- d) da guerra e/o insurrezioni;
- e) da reati dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, salvo gli atti compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- f) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche;
- g) da abuso di psicofarmaci e/o dall'uso non terapeutico di sostanze stupefacenti e/o di allucinogeni;
- h) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- i) da stato di intossicazione acuta alcolica alla guida di qualsiasi veicolo e/o natante;
- j) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio.

29. Assicurabilità

Le garanzie assicurative non valgono per le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, epilessia o dalle seguenti infermità mentali: schizofrenia, sindromi organiche-cerebrali, forme maniaco depressive, stati paranoici; l'assicurazione cessa con il manifestarsi di una delle predette condizioni.

L'assicurazione non vale, inoltre, per le persone di età superiore a 80 anni.

Tuttavia, per le persone che raggiungono tale età in corso di contratto, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla scadenza annuale successiva.

30. Limiti territoriali

La presente assicurazione vale per il mondo intero.

31. Morte

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

32. Invalidità Permanente

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

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

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

Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti, le percentuali previste nella predetta tabella sono addizionate fino al massimo del 100% della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente Totale. Si precisa che in caso di invalidità accertata di grado pari o superiore al 60%, la Società liquiderà l'intera somma prevista per il caso di invalidità permanente.

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

33. Cumulo di indennità

Se dopo il pagamento di una indennità per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari designati o, in difetto, agli eredi, la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore, e non chiede rimborso nel caso contrario.

34. Spese mediche da infortunio

In caso di infortunio indennizzabile a termini di Capitolato, la Società rimborsa, fino alla concorrenza del massimale assicurato, le spese di carattere sanitario direttamente conseguenti e sostenute:

- a) durante il ricovero in istituto di cura pubblico o privato (rette di degenza, oneri medici, chirurgo, aiuto chirurgo, anestesista, materiale di intervento, diritti di sala operatoria, medicinali, ecc.);
- b) per intervento chirurgico anche ambulatoriale;
- c) per visite mediche specialistiche e acquisti di medicinali;
- d) per applicazione di apparecchi gessati, bendaggi e docce di immobilizzazione, artroscopia diagnostica e operativa;
- e) per analisi e 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;
- per analisi e accertamenti diagnostici strumentali anche specialistici quali ad esempio:
- f) per terapie fisiche anche specialistiche quali, ad esempio:
 - laser terapia, chiro-terapia, chinesi-terapia, trazioni vertebrali, ultrasuoni, marconio-terapia, massoterapia;
- g) per presidi ortopedici, limitatamente a corsetti ortopedici per scoliosi e artrosi, protesi e tutori di funzione arti superiori, inferiori e tronco, protesi oculari;
- h) per interventi di chirurgia plastica ricostruttiva volti a eliminare danni estetici conseguenti all'infortunio denunciato;
- i) per cure termali effettuate nei 90 giorni successivi all'infortunio denunciato;
- j) per trasporto dell'infortunato con qualsiasi mezzo dal luogo dell'infortunio all'istituto di cura o di pronto soccorso.
- k) per protesi dentarie con un limite di risarcimento per dente di €. 1.000,00

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

Si precisa inoltre che il rimborso delle spese previste dal presente capitolato, sarà effettuato a cure ultimate e dietro presentazione dei documenti in originale, che giustificano le spese sostenute.

35. Diaria da ricovero

La Società garantisce la diaria da ricovero da Infortunio per gli Assicurati appartenenti alle categorie per le quali tale garanzia è prevista nel prospetto d'offerta.

36. Rinuncia alla rivalsa

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

37. Morte presunta

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di Capitolato, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato, e si presuma sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà ai beneficiari il capitale previsto per il caso Morte. La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termine degli artt. 60 e 62 Codice Civile.

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

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

38. Esposizione agli elementi

La Società, in occasione di arenamento, naufragio, atterraggio forzato di mezzi di trasporto non esclusi dalle norme che regolano l'assicurazione Infortuni, corrisponderà le somme rispettivamente assicurate per il caso Morte e Invalidità Permanente anche in quei casi in cui gli avvenimenti di cui sopra non siano la causa diretta dell'infortunio ma, in conseguenza della zona, del clima o di altre situazioni concomitanti (es. perdita di orientamento), l'Assicurato si trovi in condizioni tali da subire la morte o lesioni organiche permanenti.

39. Ernie traumatiche da sforzo

A specificazione di quanto disposto all'art. 27 (Rischi inclusi nell'assicurazione), si conviene che l'assicurazione comprende, limitatamente ai casi di Invalidità Permanente e di Inabilità Temporanea, ove prevista, le ernie da causa violenta, con l'intesa che:

- nel caso di ernia addominale operata o operabile viene riconosciuto l'indennizzo per il solo caso di Inabilità Temporanea fino ad un massimo di 30 giorni;
 - nel caso di ernia addominale non operabile secondo parere medico, viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 10% (dieci per cento) della somma assicurata;
- qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio medico, come previsto dalle norme che regolano la gestione dei sinistri.

40. Rischio volo

L'assicurazione è estesa agli infortuni subiti dall'Assicurato durante i viaggi aerei, effettuati in qualità di passeggero su velivoli ed elicotteri da chiunque eserciti, tranne che:

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

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

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

Euro 10.000.000,00= per il caso di morte;

Euro 10.000.000,00= per il caso di invalidità permanente.

41. Rischio guerra

La garanzia assicurativa prestata all'estero si intende estesa agli infortuni derivanti dallo stato di guerra, per un periodo massimo di quattordici giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici.

42. Esonero denuncia di infermità e difetti

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

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

43. Rischio in itinere

La garanzia è altresì operante per gli infortuni che gli assicurati dovessero subire durante il tragitto abitazione-Sedi e/o Uffici del Contraente e viceversa.

44. Rapina, tentata rapina, sequestro di persona

Resta convenuto che se l'Assicurato muore in conseguenza di rapina, tentata rapina o sequestro di persona, la Società corrisponde un'indennità supplementare per il caso Morte, con i limiti previsti dal capitolato.

45. Morsi di animali, punture di insetti

Resta convenuto tra le parti che sono considerati infortuni le lesioni causate da infezioni acute obiettivamente accertate ed avvelenamenti che derivassero direttamente da punture di insetti e/o morsi di animali con esclusione della malaria e del carbonchio, ma con l'inclusione delle infezioni carbonchiose causate da ferite e/o abrasioni risarcibili a termini di Capitolato.

46. Cessazione del rapporto di lavoro causato da infortunio

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

47. Danni estetici

In caso di infortunio che abbia cagionato un danno di carattere estetico e lo stesso non risulti altrimenti indennizzabile in forza del presente contratto, la Società rimborserà le spese per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico, comprese le spese per interventi di chirurgia plastica ed estetica, nei limiti previsti dal capitolato.

48. Malattie tropicali

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

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

49. Spese di rimpatrio

La garanzia viene estesa alle spese di rimpatrio che le persone assicurate (o il Contraente per esse) dovessero sostenere a seguito di infortunio grave occorso all'estero, nonché al rimborso delle spese sostenute in caso di decesso per il rimpatrio della salma, nei limiti previsti dal capitolato.

Sezione 3 – Norme che regolano la gestione dei sinistri

50. Obblighi del Contraente in caso di sinistro

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

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

51. Controversie – Collegio Medico

In caso di divergenze sulla natura e sulle conseguenze delle lesioni, sul grado di invalidità permanente o sul grado o durata della inabilità temporanea, le Parti si obbligano a conferire mandato, con scrittura privata, ad un Collegio di tre medici di decidere a norma e nei limiti delle Condizioni del presente Capitolato. Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge.

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

Il Collegio Medico risiede presso la sede del Contraente.

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

La decisione del Collegio Medico è obbligatoria per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

52. Liquidazione

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquida l'indennità e/o risarcimento dovuto, ne dà comunicazione agli interessati e, avuta la notizia della loro accettazione, provvede al pagamento. L'indennità viene corrisposta in Italia in valuta corrente.

Il pagamento dovrà avvenire entro 30 giorni dalla restituzione degli atti di liquidazione firmati.

Disposizioni finali

Il presente capitolato, già sottoscritto in ogni sua pagina dalla Società aggiudicataria, dopo la delibera di aggiudicazione del Contraente e la successiva sottoscrizione da parte del Legale Rappresentante assume a tutti gli effetti la validità di contratto anche per quanto riguarda le norme contenute, il prezzo, le scadenze, la decorrenza della garanzia assicurativa.

Si conviene fra le parti che contrattualmente si intendono operanti solo le norme dattiloscritte presenti nel capitolato tecnico, che annullano e sostituiscono integralmente tutte le condizioni richiamate e riportate sulla modulistica utilizzata dalla Società.

La firma apposta dal Contraente su tale modulistica vale solo quale presa d'atto della durata contrattuale, del numero assegnato al contratto, del conteggio del premio e del trattamento dei dati personali.

Dichiarazioni

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

- Art. 4 Variazione del rischio
- Art. 5 Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali
- Art. 6 Clausola di recesso
- Art. 7 Recesso in caso di sinistro
- Art. 8 Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave
- Art. 10 Foro competente
- Art. 12 Durata del Contratto
- Art. 16 Clausola Broker
- Art. 17 Produzione informazioni sui sinistri
- Art. 18 Assicurazione presso diversi assicuratori
- Art. 51 Obblighi in caso di sinistro

Data __/__/____

La Società

Il Contraente

Allegato A – Categorie e somme assicurate

Categoria	Morte	Invalidità Permanente	Rimborso Spese Mediche	Diaria da ricovero	Rischio in itinere
Cat. A) Allievi e Docenti	€ 260.000,00	€ 260.000,00	€ 10.000,00	€ 60,00 diaria ricovero + indennità gessatura	SI
Cat. B) Conducenti veicoli (DPR.333 del 3.08.1990 e modifiche successive)	€ 260.000,00	€ 260.000,00	€ 10.000,00	€ 60,00 diaria ricovero + indennità gessatura	SI

Data __/__/__

Il Contraente

La Società

Allegato B – Limiti di risarcimento, franchigie e scoperti

La Società non sarà mai obbligata a pagare a titolo di indennizzo, per uno o più sinistri che avvengano durante ciascun periodo assicurativo, somma superiore agli importi in appresso indicati. Per le garanzie di cui alle relative condizioni di polizza sotto indicate, l'indennizzo verrà corrisposto all'assicurato previa detrazione, per singolo sinistro, dell'importo di seguito specificato.

Categorie	Garanzia	Limiti d'indennizzo	Scoperti o franchigie
	44. – Rapina, tentata rapina e sequestro di persona	Max € 150.000,00	//
	47. – Danni estetici	Max € 20.000,00	//
	49. – Spese di rimpatrio	Max € 2.500,00	//
26 – Oggetto dell'assicurazione			
	Spese odontoiatriche, protesi e apparecchi ortodontici	€ 1.100,00	
	Apparecchi sanitari e protesi in genere	€ 1.000,00	
	Lenti	€ 260,00	
	Spese farmaceutiche e ticket	€ 260,00	

Data __/__/__

Il Contraente

La Società
