

CAPITOLATO DI POLIZZA

POLIZZA DI ASSICURAZIONE INFORTUNI CONDUCENTI

CIG: 8613831635

La presente polizza è stipulata tra

A.R.P.A.V.
Via Ospedale Civile, 24
35121 PADOVA
C.F. / P.IVA 92111430283

e

Durata della polizza

Dalle ore 24.00 del:	31.03.2021
Alle ore 24.00 del:	31.03.2025

Con scadenze dei periodi di assicurazione
successivi al primo fissati

Alle ore 24.00 di ogni	31.03
-------------------------------	--------------

SEZIONE 1 - DEFINIZIONI E DESCRIZIONE DELL'ATTIVITA'

Art. 1.1 - Definizioni

- **Assicurazione:** Il contratto di assicurazione.
- **Annualità assicurativa o periodo assicurativo:** Il periodo pari a 12 mesi compreso tra la data di effetto e la data di scadenza o di cessazione dell'assicurazione.
- **Assicurato:** La persona fisica o giuridica il cui interesse è tutelato dall'assicurazione.
- **Beneficiario:** In caso di morte 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, con incarico fino al 31.12.2022
- **Contraente:** Il soggetto che stipula l'assicurazione riportato nel frontespizio della presente polizza.
- **Dipendenti:** Le persone che hanno con l'Assicurato un rapporto di lavoro subordinato anche se soltanto in via temporanea. Sono parificati a dipendenti i collaboratori esterni nell'esercizio delle mansioni loro affidate dall'Assicurato con specifico mandato o mediante convenzione.
- **Franchigia:** La parte di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.
- **Inabilità temporanea:** la perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato di attendere alle attività professionali dichiarate.
- **Indennizzo :** La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
- **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.
- **Invalidità temporanea:** la diminuita capacità o la perdita definitiva ed irrimediabile della capacità generica ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato.
- **Istituto di cura:** Ogni ospedale, clinica o case di cura (convenzionata o privata) in Italia o all'estero, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e delle competenti Autorità, al ricovero ed eventualmente all'assistenza sanitaria in regime di degenza diurna. Sono comunque esclusi gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno.
- **Massimale per sinistro:** La massima esposizione della Società per ogni sinistro.
- **Polizza:** Il documento che prova l'assicurazione, sottoscritto digitalmente.
- **Premio:** La somma dovuta dal Contraente alla Società.
- **Ricovero:** la degenza in Istituto di cura che comporti almeno un pernottamento.
- **Rischio:** la probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.
- **Scoperto:** La parte percentuale di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.
- **Sinistro:** Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
- **Società :** L'impresa assicuratrice nonché le coassicuratrici.

Art. 1.2 – Identificazione degli Assicurati

La presente polizza viene stipulata per tutte le categorie, riportate nella Sezione 5, 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.

Per le categorie identificate come automaticamente coperte nella Sezione 5 non si farà luogo ad alcuna comunicazione da parte del Contraente ritenendosi gli Assicurati coperti fin dalla decorrenza della presente polizza.

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per la loro identificazione si farà riferimento ai registri tenuti dal Contraente.

Il Contraente resta altresì esonerato dall'obbligo di notificare preventivamente alla Società le malattie, le infermità, le mutilazioni ed i difetti fisici da cui fossero affette le persone assicurate

all'atto della stipula del presente contratto, o degli inserimenti successivi, o che dovessero in seguito sopravvenire.

La presente polizza si intende operante per infortuni occorsi nel mondo intero.

SEZIONE 2 - NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

Art. 2.1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o incomplete o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione, ai sensi degli Art. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile, unicamente in caso di dolo. Resta fermo il diritto della Società, una volta venuta a conoscenza di circostanze aggravanti che comportino un premio maggiore, di richiedere la relativa modifica delle condizioni in corso.

La mancata comunicazione di successive circostanze o di mutamenti che aggravino il rischio, non comporteranno decadenza dal diritto all'indennizzo, né riduzione dello stesso, né cessazione dell'Assicurazione di cui agli articoli 1892, 1893, 1894 e 1898 del Codice Civile, sempre che il Contraente o l'Assicurato non abbiano agito con dolo. Resta fermo il diritto della Società, una volta venuta a conoscenza di circostanze aggravanti che comportino un premio maggiore, di richiedere la relativa modifica delle condizioni in corso (aumento del premio con decorrenza dalla data in cui le circostanze aggravanti siano venute a conoscenza della Società o, in caso di Sinistro, conguaglio del premio per l'intera annualità). La Società ha peraltro il diritto di percepire la differenza di premio corrispondente al maggior rischio non valutato per effetto di circostanze non note, a decorrere dal momento in cui la circostanza si è verificata e sino all'ultima scadenza di premio.

Nel caso in cui l'assicurato non accetti le nuove condizioni, la Società, nel termine di un mese dalla ricevuta comunicazione di non accettazione delle nuove condizioni, ha diritto di recedere dall'Assicurazione, con preavviso di tre mesi.

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successivi alla comunicazione del Contraente o dell'Assicurato ai sensi dell'art. 1897 C.C. e rinuncia al relativo diritto di recesso. Si conviene, altresì, che la diminuzione del premio conseguente a casi previsti da detto articolo, sarà immediata e la Società corrisponderà la relativa quota di premio pagata e non goduta, escluse le imposte.

Art. 2.2 - Assicurazione presso diversi Assicuratori

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 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.).

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.

Art. 2.3 - Durata del contratto

L'Assicurazione è stipulata per la durata di quattro anni con effetto dalle ore 24.00 del 31/03/2021 e scadenza alle ore 24.00 del 31/03/2025. L'assicurazione non è soggetta a tacito rinnovo pertanto alla sua naturale scadenza sarà priva di effetto.

Il Contraente si riserva la facoltà di proroga del contratto per ulteriori sei mesi. Il Contraente esercita tale facoltà comunicandola alla Società mediante lettera raccomandata A/R o Pec almeno tre mesi prima della scadenza del contratto originario.

In tale ipotesi, la Società si impegna a proseguire il contratto per il periodo suddetto alle medesime condizioni tecniche ed economiche vigenti. Non è previsto il tacito rinnovo.

Il Contraente e la Società hanno la facoltà di recedere dal contratto dalla prima scadenza annuale con lettera raccomandata A/R o Pec da inviare con almeno sei mesi di anticipo rispetto a ciascuna scadenza anniversaria.

Art. 2.4 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza ancorché il premio venga versato entro i 60 giorni successivi

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, 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 ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

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

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

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

- L'Assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuata dal Contraente ai sensi del D. M. E. F. del 18 gennaio 2008 n. 40, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'art. 3 del Decreto,
- Il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'art. 72 bis del DPR 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 c.c. nei confronti della Società stessa."

L'Assicurazione è altresì operante fino al termine delle verifiche e dei controlli che il Contraente deve effettuare in capo all'aggiudicatario della presente Polizza circa il possesso di tutti i requisiti di partecipazione richiesti nel bando e nel disciplinare di gara, nonché quelli richiesti dalle vigenti disposizioni normative per la stipula dei contratti con le Pubbliche Amministrazioni, ex artt. 32 e 33 del D.Lgs. 50/2016 e ss.mm.ii., anche qualora dette verifiche e controlli eccedessero temporalmente rispetto ai termini di mora previsti nel presente articolo in relazione al pagamento della prima rata.

Qualora richiesto dalla legislazione vigente, il pagamento del premio, nonché di eventuali regolazioni e rimborsi, dovrà avvenire a seguito di regolare emissione, da parte della Società, di fatture elettroniche, appositamente caricate sul sistema di interscambio del sistema di pagamenti della pubblica amministrazione. Il rifiuto della fattura per erronea determinazione di premi, regolazioni o rimborsi comporta l'interruzione dei termini di pagamento, senza sospensione della copertura e l'obbligo di rimettere o ricaricare la fattura secondo le indicazioni dell'ARPAV -Il mancato rifiuto della fattura on line sulla piattaforma dei crediti della pubblica amministrazione non ne determina comunque l'accettazione, che avverrà a seguito di verifica di correttezza nei tempi previsti nella presente polizza.

Art. 2.5 – Regolazione del premio

Se 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 quattro mesi 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 due mesi successivi al

ricevimento da parte del Contraente dell'apposita appendice di regolazione emessa dalla Società, ritenuta corretta.

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 un mese, 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 A/R o pec, la risoluzione del contratto.

In caso di mancata comunicazione dei dati di regolazione o di mancato pagamento del premio di conguaglio 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 conguaglio).

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie gli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società deve fissargli lo stesso termine di 30 giorni trascorso il quale, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, la Società stessa non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

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

Art 2.6 – Recesso per sinistro

Dopo ogni sinistro e fino al 60esimo giorno dal pagamento o dal rifiuto dell'indennizzo, la Società ed il Contraente hanno facoltà di recedere dal contratto con preavviso di sei mesi da darsi con lettera raccomandata A/R o PEC. Il computo dei sei mesi decorre dalla data di ricevimento della suddetta raccomandata o PEC da parte dell'ufficio preposto alla gestione delle polizze assicurative.

Per la Società la facoltà di recedere di cui sopra è subordinata al verificarsi di una delle condizioni di seguito riportate e documentate: - numero dei sinistri: superiore di oltre il 30% rispetto alla frequenza media annua risultante dalle statistiche riferite al triennio precedente la decorrenza della presente polizza qualora si intenda esercitare il recesso nel periodo assicurativo compreso tra la data di effetto e la prima scadenza anniversaria; se si intenda esercitare il recesso dopo la prima scadenza anniversaria si farà riferimento alla statistica sinistri dell'anno immediatamente precedente, fermo restando il superamento del predetto 30%; - indennizzi corrisposti: superiori di oltre il 30% rispetto al premio imponibile corrisposto dal Contraente alla Società per il presente contratto.

La Società, contestualmente alla comunicazione del recesso, deve inviare al Contraente la statistica sinistri aggiornata necessaria per la redazione del nuovo bando di gara. Si precisa che il recesso non produce effetto in caso di mancata presentazione della statistica sinistri.

In ambedue i casi di recesso la Società rimborserà al Contraente la parte di premio pagata e non goduta, escluse le imposte, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso stesso.

Art. 2.7 - Modifiche dell'assicurazione

Le eventuali modifiche alla presente polizza debbono essere provate per iscritto.

Art.2.8 - Obbligo di ricorso al MEPA e convenzioni CONSIP

I servizi oggetto del presente contratto, al momento dell'indizione, non costituiscono oggetto di convenzioni CONSIP e non sono disponibili nel MEPA. Il contratto stipulato all'esito della presente procedura è sottoposto alla condizione risolutiva, ai sensi dell'art.1, comma 7, del D.L. 95/2012

[come convertito con L.n. 135/2012], in caso di intervenuta disponibilità di convenzioni Consip e/o di centrali di committenza regionali che prevedano condizioni di maggior vantaggio economico. Resta salva la possibilità per il contraente di adeguarsi ai predetti corrispettivi più favorevoli previsti nelle suddette convenzioni.

Art. 2.9 - Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente è tenuto devono essere fatte con lettera raccomandata A/R, pec o posta elettronica, indirizzata alla Società oppure al Broker al quale il Contraente ha conferito incarico per la gestione della polizza.

Art. 2.10 - Oneri fiscali

Tutti gli oneri, presenti e futuri, relativi al premio, agli indennizzi, alla polizza ed agli atti da essa dipendenti, sono a carico del Contraente.

Art. 2.11 - Foro competente

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

Art. 2.12 – 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. 2.13 – Estensioni territoriali

L'assicurazione viene prestata per tutto il mondo.

Art. 2.14 - 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,
4. oltre la scadenza contrattuale, al 30.09 di ogni anno e fino alla completa definizione di tutti i sinistri compresi i riservati;

si impegna a fornire al Contraente, in formato elettronico Microsoft Excel®, editabile ed utilizzabile dal Contraente stesso, il dettaglio dei sinistri denunciati, aggiornato a non oltre i 30 giorni precedenti, così articolato:

- a) sinistri riservati (con indicazione dell'importo a riserva per ciascun sinistro);
- b) sinistri liquidati (con indicazione dell'importo liquidato per ciascun sinistro);
- c) sinistri senza seguito o respinti (per questi ultimi mettendo a disposizione la motivazione scritta).

Il dettaglio dei sinistri dovrà indicare per ciascuno sinistro:

- numero sinistro attribuito dall'assicuratore;
- struttura del Contraente dove il sinistro è accaduto o in ogni caso il luogo di verifica dell'evento e indicazione dei beni danneggiati;
- data denuncia;

- valore del danno denunciato;
- stato sinistro;
- causale del sinistro;
- valore degli scoperti-franchigie applicati in sede di liquidazione;
- data della liquidazione.

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 A/R o Pec assegnando alla Società non oltre 10 giorni naturali e consecutivi per adempiere. Laddove la Società persista nell'inadempimento verrà applicata una penale nella misura di € 100,00 a valere sull'ammontare della cauzione definitiva per ogni giorno di ritardo rispetto ai termini indicati dal Contraente e per l'esecuzione delle prestazioni contrattuali.

L'obbligo di cui al presente articolo permane anche dopo la scadenza del contratto.

Art. 2.15 - Coassicurazione e delega (operante se ricorre il caso)

Qualora l'assicurazione fosse ripartita per quote determinate tra Società ai sensi dell'art. 1911 del c.c., le stesse devono essere indicate nel riparto allegato alla Polizza, ferma restando - in deroga al medesimo articolo 1911 c.c. - la responsabilità solidale di tutte le Imprese coassicurate nei confronti del Contraente e dell'Assicurato per le obbligazioni assunte con la stipula dell'Assicurazione.

La Società all'uopo designata Coassicuratrice Delegataria dovrà 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.

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

Art. 2.16 – Clausola Broker

Per l'assistenza nella presente procedura, la Contraente dichiara di essersi avvalsa e di avvalersi, fino alla data del 31.12.2022, del servizio di brokeraggio assicurativo, ai sensi del D.Lgs. 209/2005, da parte di Marsh SpA con sede operativa in Padova, 35129 (PD). - Via San Crispino, n. 114 -Tel. 049 828 5411, mail. paolo.presta@marsh.com PEC: padova.ep@cert.marsh.it di conseguenza tutti i rapporti inerenti i contratti oggetto della presente gara saranno gestiti, per conto della Contraente, dal Broker.

La Società riconosce che ogni comunicazione relativa alla presente assicurazione avverrà per il tramite del broker e tutti i rapporti inerenti la presente assicurazione saranno svolti per conto del Contraente e dell'Assicurato dal Broker medesimo. Ai sensi della legislazione vigente, la Società dichiara che il broker 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. Resta intesa l'efficacia liberatoria, anche ai termini dell'art. 1901 del codice civile del pagamento così effettuato.

Qualora la Società intenda avvalersi per l'amministrazione dei contratti di intermediari (art. 109 comma 2 lettera a) del Codice delle Assicurazioni) appartenenti alla propria rete distributiva,

nondimeno garantirà il rispetto delle modalità e termini di rimessa premi previsti, convenuti o comunque riconosciuti dalle procedure amministrative vigenti in caso di gestione diretta o tramite gerenza, al fine di garantire l'adeguato collegamento tra le parti, per il tramite del Broker.

La remunerazione del Broker è posta a carico della Società, nella misura del 7,00 %. Tale remunerazione è parte dell'aliquota riconosciuta dalla Società alla propria rete di vendita e non potrà quindi, in ogni caso, rappresentare un costo aggiuntivo per la Contraente.

Art. 2.17 - Trattamento dei dati

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

La Società agisce quindi in qualità di "autonomo titolare" del trattamento dei dati trattati per la gestione delle polizze e dei sinistri del Contraente ai sensi delle citate norme di legge e si impegna ad osservare le istruzioni impartite dal Titolare nonché le inderogabili disposizioni normative finalizzate alla corretta esecuzione dei servizi ed al rispetto degli obblighi contrattuali.

Art. 2.18 – Obblighi inerenti la tracciabilità dei flussi finanziari in base alla L.n. 136/2010

La Società 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 Contraente.

La Contraente 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.: ciò 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.

SEZIONE 3 - NORME CHE REGOLANO LA POLIZZA

Art. 3.1 - Oggetto della copertura

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio delle attività dichiarate dal Contraente, compreso il rischio *in itinere*, che abbiano per conseguenza la morte o un'inabilità permanente o una inabilità temporanea.

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 traumatiche e le lesioni (esclusi gli infarti) determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico;
- k) gli infortuni derivanti da aggressioni e violenze in genere;
- l) 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;
- m) gli infortuni derivanti da malore ed incoscienza o conseguenti a vertigini;
- n) gli infortuni derivanti da imprudenza, imperizia e negligenza anche gravi;
- o) gli infortuni derivanti dall'uso o guida di veicoli di qualunque cilindrata, trattori e macchine agricole semoventi, veicoli a motore e natanti (compresi a titolo esemplificativo e non limitativo biciclette di proprietà del Contraente o del dipendente) a condizione che l'Assicurato in caso di guida sia in possesso, ove prescritto, di regolare patente di abilitazione alla guida medesima;
- p) gli infortuni causati da forze della natura compresi terremoto, maremoto, eruzione vulcanica, alluvioni, inondazioni, frane, smottamenti, straripamenti, mareggiate, neve, valanghe, slavine, grandine;
- q) gli infortuni causati da influenze termiche ed atmosferiche;
- r) gli infortuni subiti nel corso di partecipazione a seguito di mobilitazione o per adesione volontaria al servizio di protezione civile;
- s) gli infortuni conseguenti a colpi di sonno;
- t) gli infortuni e le malattie professionali conseguenti all'uso e/o detenzione a scopo diagnostico e terapeutico di sostanze radioattive naturali o artificiali;
- u) 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.

Art.3.2 – Spese di trasporto a carattere sanitario, rientro sanitario e rientro salma.

La garanzia è estesa al rimborso delle seguenti spese:

- a) 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, il trasporto tra Istituti di Cura e dall'Istituto di Cura al domicilio dell'Assicurato;

- b) spese sostenute dall'Assicurato per il rientro, anche se anticipato o posticipato, in caso di infortunio che lo colpiscano nel corso di una missione o viaggio disposto dal Contraente e che rendano necessario il suo trasporto con qualsiasi mezzo ritenuto idoneo in Istituto di Cura;
- c) spese sostenute per il rientro della salma dell'Assicurato, in caso di decesso a seguito di infortunio o malattia che lo colpiscano a seguito di sinistro indennizzabile a termini di polizza, fino al luogo di sepoltura.

Ciascuna delle suddette garanzie si intende prestata fino al limite per sinistro di € 5.000,00

Art. 3.3 – Danni estetici

Si conviene che in caso di infortunio non escluso dalle Condizioni della presente polizza, che produca conseguenze di carattere estetico al viso, ma che non comporti indennizzo a titolo di invalidità permanente, la Società rimborserà comunque le spese documentate sostenute dall'Assicurato per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico, nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica, il tutto entro il limite di € 10.000,00 per evento. La presente garanzia è prestata con l'applicazione di una franchigia pari ad € 100,00.

Art. 3.4 – Esposizione agli elementi

La Società, in occasione di arenamento, incagliamento, naufragio, sommersione, atterraggio e ammaraggio forzato, corrisponderà le somme rispettivamente assicurate per il caso di morte e di invalidità permanente anche nei casi in cui gli avvenimenti di cui sopra non siano la causa diretta dell'infortunio, ma in conseguenza delle zone, del clima o di altre situazioni concomitanti, l'Assicurato si trovi in condizioni tali da subire la morte o lesioni organiche permanenti.

Art. 3.5 – 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.

Art. 3.6 – 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 del Contraente stesso, 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.

Art. 3.7 – Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni occorsi:

1. in occasione di eventi direttamente connessi allo stato di guerra dichiarata o non dichiarata;
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. in conseguenza di dolo o di azioni delittuose dell'Assicurato;
4. sotto influenza di stupefacenti, psicofarmaci ed allucinogeni assunti volontariamente fatto salvo se dietro prescrizione medica;
5. da stato di ubriachezza alla guida di veicoli o natanti a motore in genere;

6. in conseguenza diretta od indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
7. dalla pratica del paracadutismo e degli sport aerei in genere.

Art. 3.8 – Persone escluse dall'assicurazione o non assicurabili

Non sono coperte dalla presente polizza fatto salvo patto speciale, le persone di età superiore a settantacinque anni. Tuttavia per persone che raggiungano tale età nel corso del contratto di assicurazione, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa al compimento di detto termine, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti, dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso verranno restituiti a richiesta del Contraente.

SEZIONE 4 - NORME CHE REGOLANO LA GESTIONE DEI SINISTRI

Art. 4.1 – 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 indirizzata al Broker entro il 9° 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 inviare, periodicamente e sino a guarigione avvenuta, certificati medici sul decorso delle lesioni, nonché le fatture, notule e ogni altro documento comprovante le spese mediche o farmaceutiche sostenute e rimborsabili.

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 lettera raccomandata A/R o PEC.

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

Art. 4.2 – 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.

a) MORTE

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 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 polizza. 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) INVALIDITA' PERMANENTE

Se l'infortunio ha per conseguenza un'invalidità permanente 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 con rinuncia 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 60%, 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.

d) DIARIE

Qualora sia provato che l'infortunio ha causato l'inabilità temporanea o il ricovero o l'applicazione di gessature o di tutore immobilizzante equivalente, la Società con riferimento alla natura ed alla conseguenza delle lesioni riportate dall'Assicurato, liquida l'indennità giornaliera, se prevista per la categoria, integralmente.

L'indennità cessa con il giorno della avvenuta guarigione risultante dal certificato medico; se però l'Assicurato non trasmette tale certificato, viene considerata data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato medico regolarmente inviato. L'indennità viene corrisposta per il periodo massimo previsto nella Sezione 5 della presente polizza. Le diarie non sono cumulabili tra loro.

In caso indennizzabilità per più diarie, è data facoltà all'Assicurato, di scegliere la liquidazione di quella avente durata o importo liquidabile maggiore.

e) SPESE MEDICHE

La Società, in caso d'infortunio rientrante nella garanzia prestata, anche se non determinante la morte o l'invalidità permanente, rimborsa all'Assicurato, fino alla concorrenza dell'importo convenuto con il massimo di quanto stabilito nella Sezione 5, le spese sostenute.

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. 4.3 – 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 medico nominato di comune accordo o, in caso contrario, dal

Consiglio dell'Ordine dei Medici avente competenza nel luogo dove ha sede legale l'Assicurato/Contraente.

Ciascuna delle Parti sostiene in parti eguali le spese per il medico designato.

Art. 4.4 – 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 tramite ricevimento dell'atto di liquidazione sottoscritto, entro 30 giorni da tale data provvederà al pagamento.

Art. 4.5 - Rinuncia all'azione di surroga

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

SEZIONE 5 - SOMME ASSICURATE, FRANCHIGIE, SCOPERTI E CALCOLO DEL PREMIO

Art. 5.1 – Somme assicurate, franchigie e scoperti

L'assicurazione è prestata alle condizioni tutte della presente polizza per le persone appartenenti alle categorie qui di seguito evidenziate e per le garanzie e massimali specifici della singola categoria.

Art. 5.1.A – Conducenti di veicoli di proprietà dell'Ente, di proprietà di terzi ed in uso esclusivo all'Ente, in locazione o comodato all'Ente (D.P.R. 333/90 e successive modifiche ed integrazioni)

L'Assicurazione è efficace per i conducenti di veicoli di proprietà del Contraente, di proprietà di terzi ed in uso esclusivo all'Ente e/o in uso a qualsiasi titolo allo stesso, nonché per i soggetti che per vari motivi si trovano alla guida dei veicoli sopra menzionati quali, a titolo esemplificativo e non limitativo, i collaboratori all'attività istituzionale della Contraente (non dipendenti), purché autorizzati dalla Contraente stessa. L'assicurazione vale anche per gli infortuni subiti, in caso di fermata del veicolo durante le operazioni necessarie per la ripresa della marcia.

Garanzia	Somma assicurata procapite €
Caso Morte	€ 400.000,00
Caso Invalidità Permanente	€ 400.000,00
Rimborso spese mediche	€. 4.000,00 per sinistro
n. di veicoli	154

Art. 5.1.B – Dipendenti e/o collaboratori autorizzati a servirsi, in occasione di missioni o per adempimento di servizio fuori sede, del mezzo di trasporto di loro proprietà o in uso a qualsiasi titolo, purché non risulti intestato al P.R.A. a nome del Contraente (D.P.R. 333/90 e successive modifiche ed integrazioni)

L'Assicurazione è efficace per i dipendenti e collaboratori non dipendenti in occasione di missioni o per adempimenti di servizio e conseguenti alla circolazione di qualsiasi veicolo, purché lo stesso non risulti intestato al P.R.A. a nome del Contraente e/o risulti di proprietà di terzi, ma in uso esclusivo al Contraente stesso o sia dallo stesso utilizzato in locazione o comodato.

L'assicurazione vale anche per gli infortuni subiti, in caso di fermata del veicolo durante le operazioni necessarie per la ripresa della marcia, comprese la salita e la discesa.

Si precisa che per ragioni organizzative, la missione o l'adempimento di servizio può comprendere anche il tragitto dall'abitazione del dipendente e/o collaboratore al luogo in cui deve svolgersi l'attività autorizzata.

Garanzia	Somma assicurata procapite €
Caso Morte	€ 400.000,00
Caso Invalidità Permanente	€ 400.000,00
Rimborso spese mediche	€. 4.000,00 per sinistro
n. Km annui percorsi	235.000

Art. 5.2 – Identificazione degli assicurati

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle targhe dei veicoli assicurati nonché delle generalità delle persone che utilizzano tali veicoli. Per l'identificazione di tali elementi, in caso di sinistro indennizzabile a termini di polizza, si farà riferimento alla dichiarazione del Contraente che attesti:

- a) Che il dipendente era stato preventivamente autorizzato all'espletamento della missione e/o all'adempimento di servizio
- b) Che il veicolo, al momento del sinistro, era utilizzato per tale scopo
- c) Data e Luogo ove il dipendente si è recato per servizio o missione
- d) Generalità del dipendente e/o collaboratore
- e) Dati identificativi del veicolo usato.

Art. 5.3 – Calcolo del premio e modalità di applicazione della regolazione

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.

Essendo l'assicurazione prestata in forma non nominativa in base al numero degli assicurati ed altri elementi variabili riportati per ogni categoria all'art. 1 della presente Sezione, la regolazione del premio sarà effettuata in base agli elementi variabili di polizza presi a base per la determinazione del premio. Non vi è obbligo per la Contraente di comunicare in corso di periodo assicurativo le variazioni del dato variabile.

Categoria	Parametro	Valore	Tasso imp. applicato	Totale premio imponibile €
Categoria 5.1.A	n. veicoli	154	///	///
Categoria 5.1.B	n. Km annui percorsi	235.000	///	///

Scomposizione del premio

Premio annuo imponibile	///
Imposte	///
Totale	///

Art. 5.4 – Riparto di coassicurazione

Il rischio viene ripartito tra le seguenti Società secondo le percentuali qui di seguito indicate

Società	Agenzia	Percentuale di ritenzione
///	///	///

Art. 5.5 – Disposizione finale

Rimane convenuto che si intendono operanti solo le presenti norme.

La firma digitale 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.

Il Contraente

La Società

.....

.....

Clausole da approvare esplicitamente per iscritto

Ad ogni effetto di legge, nonché ai sensi dell'art. 1341 del Codice Civile, il Contraente dichiara di approvare specificatamente le disposizioni degli articoli seguenti:

- Sez. 2, Art. 2.3 – Durata del contratto;
- Sez. 2, Art. 2.6 – Recesso per sinistro;
- Sez. 2, Art. 2.11 – Foro competente;
- Sez. 4, Art. 4.1 – Denuncia di sinistro e relativi obblighi.

Il Contraente**La Società**

.....

.....