

**CAPITOLATO SPECIALE D'APPALTO
LOTTO N. 14
POLIZZA DI ASSICURAZIONE INFORTUNI I.P.M.**

CIG 802605916A

stipulata tra

TRENTINO TRASPORTI SPA

Via Innsbruck, 65

38121 Trento

P.IVA 01807370224

(di seguito denominata Assicurato)

e la

.....

(di seguito denominata Impresa)

Periodo di assicurazione: dalle ore 24.00 del 31.12.2019
alle ore 24.00 del 31.12.2024

Scadenza annua: 31.12

INDICE

ART. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio	5
ART. 2 - Altre assicurazioni	5
ART. 3 – Decorrenza dell'assicurazione – Pagamento e regolazione del premio	5
ART. 4 - Modifiche dell'assicurazione	6
ART. 5 – Variazione del rischio	6
ART. 6 - Obblighi dell'assicurato in caso di sinistro	6
ART. 7 – Recesso del contratto in caso di sinistro – Rinuncia	6
ART. 8 - Durata ed effetto dell'assicurazione	6
ART. 9 - Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali	6
ART. 10 - Clausola di recesso	7
ART. 11 - Oneri fiscali	7
ART. 12 - Validità esclusiva delle norme dattiloscritte	7
ART. 13 - Oggetto dell'Assicurazione	7
ART. 14 - Rischi esclusi	8
ART. 15 - Rischio volo	8
ART. 16 - Limite di età	8
ART. 17 - Estensioni territoriali	8
ART. 18 – Denuncia del sinistro e relativi obblighi	9
ART. 19 - Criteri di indennizzabilità	9
ART. 20 - Morte	9
ART. 21 - Invalidità permanente	9
ART. 22 – Morte presunta	14
ART. 23 - Inabilità temporanea	14
ART. 24 - Diaria da ricovero a seguito di infortunio	14
ART. 25 - Liquidazione dell'indennità	14
ART. 26 - Modalità di valutazione del danno - Controversie	15
ART. 27 - Assicurazione per conto altrui	15
ART. 28 - Diritto di surrogazione	15
ART. 29 – Danni estetici	15
ART. 30 – Rientro sanitario (valido in Italia e all'estero)	15
ART. 31 – Rimpatrio della salma (valido in Italia ed all'estero)	15
ART. 32 - Rischio guerra	15
ART. 33 - Rimborso spese mediche da infortunio	16
ART. 34 - Esonero denuncia infermità e difetti fisici	16
ART. 35 – Imposte e diritti	16
ART. 36 – Foro competente	16
ART. 37 – Responsabilità del Contraente	16
ART. 38 – Rinvio alle norme di Legge	17
ART. 39 – Produzione di informazioni sui sinistri	17
ART. 40 – Coassicurazione - Raggruppamento d'impresa	17
ART. 41 – Clausola Broker	18
ART. 42 - Tracciabilità dei flussi	18
ART. 43 – Anticipazione indennizzo	19
ART. 44 – Termine di pagamento dell'indennizzo dovuto ai sensi di polizza	19
ART. 45 – Identificazione delle persone assicurate	19
ART. 46 - Subappalto	19
ART. 47 - Garanzia definitiva	19
ART. 48 - Disposizioni anticorruzione	20
ART. 49 - Obblighi in materia di legalità	20

ART. 50 – Trattamento dei dati personali	20
ART. 51 - Decorrenza della garanzia - Termini di aspettativa.	22
ART. 52 - Esclusioni	22
ART. 53 - Limite di Età.	22
ART. 54 - Persone non assicurabili.	22
ART. 55 - Limiti territoriali.	23
ART. 56 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro.	23
ART. 57 - Criteri di indennizzabilità.	23
ART. 58 - Criteri e termini di liquidazione.	23
ART. 59 - Modalità di valutazione del danno	24
<u>1. CATEGORIA AMMINISTRATORI, PRESIDENTE, VICEPRESIDENTE, CONSIGLIERI</u>	<u>25</u>
<u>2. CATEGORIA DIRIGENTI</u>	<u>26</u>

DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intendono:

- per Assicurazione: il contratto di assicurazione;
- per Polizza: il documento che prova l'assicurazione;
- per Contraente o Amministrazione: l'Impresa o l'Ente che stipula la polizza;
- per Assicurato: il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione;
- per Beneficiario: il soggetto cui, in caso di morte dell'Assicurato, deve essere pagata la somma garantita;
- per Società: l'impresa di assicurazione;
- per Premio: la somma dovuta alla Società;
- per Rischio: la probabilità che si verifichi il sinistro;
- per Sinistro: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione;
- per Indennizzo: la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
- per Broker: il mandatario incaricato dalla Contraente per la gestione ed esecuzione del contratto, e riconosciuto dall'Impresa.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

ART. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

L'eventuale omissione di dichiarazioni o comunicazioni da parte della Contraente di una circostanza aggravante il rischio, così come qualsiasi errore e/o omissione non intenzionale o comunque involontario, non pregiudicheranno questa assicurazione.

ART. 2 - Altre assicurazioni

Gli assicurati sono esonerati dall'obbligo di comunicare preventivamente l'esistenza di altre assicurazioni infortuni e malattia.

ART. 3 – Decorrenza dell'assicurazione – Pagamento e regolazione del premio

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza, ancorché il premio venga versato entro i 120 giorni successivi, relativamente alle scadenze delle rate successive i termini di mora sono 60 giorni, anche in caso di rinnovo o proroga.

Se il Contraente, entro il termine di mora, non paga il premio o la prima rata di premio, i premi successivi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 120° giorno dopo quello della decorrenza sopra riportata per il premio iniziale e dalle ore 24 del 60° giorno dopo quello per le rate successive, e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti (art. 1901 del C. C.).

I premi potranno essere pagati alla Direzione della Società o alla sede dell'Agenzia alla quale è assegnata la polizza, anche 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 dà 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 ai sensi dell'art. 72 bis del DPR 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 c.c. nei confronti della Società stessa.

I pagamenti saranno effettuati tramite il broker incaricato della gestione della polizza.

Poiché il premio è convenuto, in tutto o in parte, in base a elementi di rischio variabili, 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 centoventi giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o della minor durata del contratto, il Contraente/Assicurato deve fornire alla Società i dati necessari e cioè l'indicazione degli elementi variabili contemplati in polizza.

Le differenze, attive o passive, risultanti dalla regolazione, devono essere pagate nei 60 giorni successivi alla relativa comunicazione da parte della Società. Si precisa che il suddetto termine di 60 giorni decorrerà dalla data di ricevimento del documento di regolazione risultante all'ufficio protocollo del Contraente.

Se il Contraente/Assicurato non effettua nei termini prescritti il pagamento della differenza dovuta, la Società deve fissargli mediante formale atto di messa in mora un ulteriore termine non inferiore a 30 (trenta) giorni, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in garanzia di quello relativo al periodo assicurativo annuo per il quale non ha avuto luogo il pagamento, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente.

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

ART. 4 - Modifiche dell'assicurazione

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

ART. 5 – Variazione 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 e 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 dell'intervenuta conoscenza, per iscritto all'Assicuratore. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dall'Assicuratore possono comportare la perdita totale o parziale dei diritti derivanti dalla presente polizza, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione (art. 1898 C.C.).

In caso di diminuzione del rischio l'Assicuratore è tenuto a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente (art. 1897 C.C.) e rinuncia al relativo diritto di recesso.

ART. 6 - Obblighi dell'assicurato in caso di sinistro

In caso di sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro 30 giorni lavorativi da quando ne hanno avuto conoscenza (art. 1913 C.C.) L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (art. 1915 C.C.).

ART. 7 – Recesso del contratto in caso di sinistro – Rinuncia

La Società rinuncia al diritto di recedere dall'assicurazione dopo ciascun sinistro. La Società potrà esercitare il diritto di recesso con preavviso di 180 (centottanta) giorni al termine di ciascuna annualità assicurativa. Non è ammesso il recesso della Società dalla garanzia di singoli rischi o parti dell'assicurazione, salvo esplicita accettazione da parte dell'Assicurato e conseguente riduzione del premio.

ART. 8 - Durata ed effetto dell'assicurazione

La presente polizza viene stipulata per la durata di cinque anni, con inizio dalle ore 24.00 del 31.12.2019 e scadenza al 31.12.2024, senza possibilità di tacito rinnovo alla scadenza finale. La scadenza annuale è posta al 31.12 di ogni anno.

Le parti hanno comunque la facoltà di rescindere la polizza ad ogni scadenza annuale tramite lettera raccomandata da inviarsi almeno 180 (centottanta) giorni prima della scadenza contrattuale annua.

ART. 9 - 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 all'Amministrazione, l'Assicuratore può segnalare all'Amministrazione contraente il verificarsi delle ipotesi di modifiche del rischio previsti all'Art. 5 (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.

L'Amministrazione contraente, entro 15 giorni, a seguito della relativa istruttoria e tenuto conto delle richieste formulate, decide in ordine alle stesse, formulando la propria controproposta di revisione. In caso di accordo tra le parti, si provvede alla modifica del contratto a decorrere dalla nuova annualità.

ART. 10 - Clausola di recesso

In caso di mancato accordo ai sensi dell'Art. 9 (Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali) tra le parti, l'Assicuratore 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. 10 presentata dall'Assicuratore, ovvero, nei casi di cui al comma 2 del medesimo articolo, entro 30 (trenta) giorni dalla ricezione della controproposta dell'Amministrazione.

Qualora alla data di effetto del recesso l'Amministrazione contraente non sia riuscita ad affidare il nuovo contratto di assicurazione, a semplice richiesta di quest'ultima, l'Assicuratore s'impegna a prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni, normative ed economiche, in vigore per un periodo massimo di 30 (trenta) giorni. L'Amministrazione contraente contestualmente provvede a corrispondere l'integrazione del premio.

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

ART. 11 - Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione, sono a carico del Contraente.

ART. 12 - Validità esclusiva delle norme dattiloscritte

Si intendono operanti solo le norme dattiloscritte. La firma apposta dalla Contraente su moduli a stampa vale solo quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio tra le Società partecipanti alla Coassicurazione.

ART. 13 - Oggetto dell'Assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni descritti nel capitolo 2 "Rischi coperti e capitali assicurati".

E' considerato "infortunio" l'evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte e/o un'invalidità permanente.

E' considerata "invalidità permanente" la diminuita capacità o la perdita definitiva ed irrimediabile della capacità generica ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato.

E' considerata "morte" anche lo stato dichiarato di "coma irreversibile" conseguente ad infortunio.

Sono considerati infortuni anche i seguenti eventi:

- l'asfissia per fuga di gas, vapori o esalazioni velenose;
- gli avvelenamenti o le intossicazioni conseguenti ad ingestione od assorbimento di sostanze in genere;
- le infezioni od avvelenamenti derivanti da morsi o punture in genere;
- l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento;
- la folgorazione;
- i colpi di sole, di calore o di freddo;
- le lesioni (esclusi gli infarti) determinate da sforzi;
- le forze della natura compresi movimenti tellurici, maremoti, eruzioni, vulcaniche, alluvioni, frane, smottamenti, valanghe e slavine.

Si precisa inoltre che la garanzia vale anche per gli infortuni più sotto indicati in via esemplificativa e non limitativa derivanti all'Assicurato:

- durante la guida e/o uso di autoveicoli, imbarcazioni o motocicli di qualsiasi cilindrata;
- per imprudenze, negligenze o colpa grave, in stato di malore, incoscienza e vertigini;
- in occasione di rapine, attentati, sequestri, tumulti popolari, atti violenti od aggressioni in genere,

con l'esclusione della partecipazione diretta dell'Assicurato agli eventi.

ART. 14 - Rischi esclusi

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti:

- a) dalla guida di veicoli e natanti a motore, se l'assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- b) dall'uso, anche come passeggero, di aeromobili (compresi deltaplani ed ultra leggeri), salvo quanto disposto dall'art. 11;
- c) da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- d) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- e) da guerre o insurrezioni;
- f) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).

ART. 15 - Rischio volo

L'assicurazione vale per gli Infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi in aereo, turistici o di trasferimento, effettuati in qualità di passeggero su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti, tranne che:

- da Società/Azienda di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;
- da aeroclubs.

La somma delle garanzie di cui alla presente polizza e di eventuali altre polizze stipulate dall'Assicurato o da altri in suo favore per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni, non potrà superare i seguenti importi:

per persona:

- € 1.500.000,00 per il caso di Morte
- € 1.500.000,00 per il caso di Invalidità Permanente

per aeromobile:

- € 5.000.000,00 per il caso di Morte
- € 5.000.000,00 per il caso di invalidità Permanente

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

Agli effetti della garanzia, il viaggio aereo si intende cominciato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso.

La garanzia di cui al presente articolo non è valida nel caso di polizza con durata inferiore ad un anno.

ART. 16 - Limite di età

Sono ammessi al beneficio dell'assicurazione tutti indistintamente gli Assicurati a prescindere dalle loro condizioni di salute e da eventuali pregresse minorazioni fisiche o mutilazioni delle quali gli Assicurati stessi risultassero affetti, restando comunque espressamente confermato quanto previsto dalle Condizioni Generali di Assicurazione (Criteri di indennizzabilità).

L'assicurazione non vale per le persone di età superiore a 80 anni. Per le persone che raggiungano tale limite di età l'assicurazione avrà termine alla prima scadenza annuale del premio.

La Contraente è esonerata dall'obbligo della denuncia delle infermità, difetti fisici, o mutilazioni da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire.

ART. 17 - Estensioni territoriali

La presente polizza s'intende operante nel mondo intero. Gli eventuali indennizzi verranno corrisposti in Italia ed in maniera corrente.

ART. 18 – 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 determinarono, dovrà essere corredata di certificato medico ed indirizzata al Broker entro il 30 giorno lavorativo dall'infortunio o dal momento in cui la 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.

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

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

ART. 19 - 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 per il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

Parimenti, nei casi di preesistente mutilazione o difetto fisico, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti.

ART. 20 - Morte

L'indennizzo per il caso di morte è dovuto se la morte stessa si verifica - anche se successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno dell'infortunio.

Tale indennizzo viene liquidato ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'assicurato in parti uguali.

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente, ma se entro 2 anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, gli eredi dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso, mentre i beneficiari hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per morte - se superiore - e quello già pagato per invalidità permanente.

ART. 21 - Invalidità permanente**a) Invalidità Permanente Assoluta**

Se ad un infortunato in conseguenza di un infortunio verrà riconosciuta una invalidità permanente e questa si verificherà - anche successivamente alla scadenza di polizza - ma comunque entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio 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:

si considera invalidità permanente assoluta unicamente la perdita totale, definitiva ed irrimediabile dei due occhi o di tutte e due le braccia o le mani, di tutte e due le gambe o di ambo i piedi, la perdita contemporanea di un arto superiore e di uno inferiore, come pure lo stato d'insanabile alienazione mentale, che renda l'Assicurato incapace di accudire, per tutta la sua vita, a qualunque lavoro od occupazione. Quando sia provato che l'infortunio ha causato l'invalidità

permanente assoluta, la Società corrisponde all'Assicurato l'intera somma prevista per questo caso.

b) Invalidità Permanente Parziale

L'indennità per invalidità permanente parziale – fermi i criteri di franchigia operanti – verrà calcolata sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, in base alle percentuali previste dalla "TABELLA INAIL" di cui al D.P.R. 30 Giugno 1965, n. 1124, riportata di seguito.

**TABELLA INAIL PER LA LIQUIDAZIONE DELL'INDENNITA'
DI INVALIDITA' PERMANENTE**

DESCRIZIONE	Percentuale		
	des.		sin.
Sordità completa di un orecchio		15%	
Sordità completa bilaterale		60%	
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio		35%	
Perdita anatomica o atrofica del globo oculare senza possibilità di applicazioni di protesi		40%	
Altre menomazioni della facoltà visiva (vedere relativa tabella)			
Stenosi nasale assoluta unilaterale		8%	
Stenosi nasale assoluta bilaterale		18%	
Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria:			
a) con possibilità di applicazione di protesi efficace		11%	
b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace		30%	
Perdita di un rene con integrità del rene superstite		25%	
Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica		15%	
Per la perdita di un testicolo non si corrisponde indennità			
Esiti della frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazione dei movimenti del braccio		5%	
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola	50%		40 %
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola	40%		30 %
Perdita del braccio:			
a) per disarticolazione scapolo-omerale	85%		75 %
b) per amputazione al terzo superiore	80%		70 %
Perdita del braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75%		65 %
Perdita dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70%		60 %
Perdita di tutte le dita della mano	65%		55 %
Perdita del pollice e del primo metacarpo	35%		30

			%
Perdita totale del pollice	28%		23%
Perdita totale dell'indice	15%		13%
Perdita totale del medio		12%	
Perdita totale dell'anulare		8%	
Perdita totale del mignolo		12%	
Perdita della falange ungueale del pollice	15%		12%
Perdita della falange ungueale dell'indice	7%		6%
Perdita della falange ungueale del medio		5%	
Perdita della falange ungueale dell'anulare		3%	
Perdita della falange ungueale del mignolo		5%	
Perdita delle due ultime falangi dell'indice	11%		9%
Perdita delle due ultime falangi del medio		8%	
Perdita delle due ultime falangi dell'anulare		6%	
Perdita delle due ultime falangi del mignolo		8%	
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110° e 75°	30%		25%
a) in semipronazione	35%		%
b) in pronazione	45%		30%
c) in supinazione	25%		%
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione			40%
			%
			20%
			%
DESCRIZIONE	Percentuale		
	des.		Sin.
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in flessione massima o quasi	55%		50%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi	40%		35%
a) in semipronazione			%
b) in pronazione	45%		40%
c) in supinazione			%
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	55%		50%
	35%		30%
			%
Anchilosi completa dell'articolazione radio-carpica in estensione rettilinea	18%		15%
Se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione			
a) in semipronazione	22%		18%
b) in pronazione	25%		22%

			%
c) in supinazione	35%		30%
Anchilosi completa coxo-femorale con arto in estensione e in posizione favorevole		45%	
Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta Che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi		80%	
Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto		70%	
Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore quando non Sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		65%	
Perdita di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un Apparecchio articolato		55%	
Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede		50%	
Perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarso		30%	
Perdita dell'alluce e corrispondente metatarso		16%	
Perdita totale del solo alluce		7%	
Per la perdita di ogni altro dito di un piede non si dà luogo ad alcuna indennità ma Ove concorra la perdita di più dita ogni altro dito perduto è valutato il		3%	
Anchilosi completa rettilinea del ginocchio		35%	
Anchilosi tibio-tarsica ad angolo retto		20%	
Semplice accorciamento di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri		11%	

NB: In caso di constatato mancinismo, le percentuali di riduzione dell'attitudine al lavoro stabilite per l'arto destro si intendono applicate all'arto sinistro e quelle del sinistro al destro.

TABELLA DI VALUTAZIONE DELLE MENOMAZIONI DELL'ACUTEZZA VISIVA

Visus perduto	Visus residuo	Indennizzo dell'occhio con acutezza visiva minore (occhio peggiore)	Indennizzo dell'occhio con acutezza visiva maggiore (occhio migliore)
1/10	9/10	1%	2%
2/10	8/10	3%	6%
3/10	7/10	6%	12%
4/10	6/10	10%	19%
5/10	5/10	14%	26%
6/10	4/10	18%	34%
7/10	3/10	23%	42%
8/10	2/10	27%	50%
9/10	1/10	31%	58%
10/10	0	35%	65%

- 1) In caso di menomazione binoculare, si procede al conglobamento delle valutazioni effettuate in ciascun occhio
- 2) La valutazione è riferita all'acutezza visiva quale risulta dopo la correzione ottica, sempre che la correzione stessa sia tollerata; in caso diverso la valutazione è riferita al visus naturale.
- 3) Nei casi in cui la valutazione è riferita all'acutezza visiva raggiunta con correzione, il grado di invalidità permanente, calcolato secondo le norme che precedono, viene aumentato in misura variabile da 2 a 10 punti dell'entità del vizio di refrazione.
- 4) La perdita di 5/10 di visus in un occhio, essendo l'altro normale, è valutata il 16% se si tratta di infortunio agricolo.
- 5) In caso di afachia monolaterale con visus corretto:

di 10/10, 9/10, 8/10	15%
di 7/10	18%
di 6/10	21%
di 5/10	24%
di 4/10	28%
di 3/10	32%
Inferiore a 3/10	35%

- 6) In caso di afachia bilaterale, dato che la correzione ottica è pressoché uguale e pertanto tollerata, si applica la tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva, aggiungendo il 15% per la correzione ottica e per la mancanza del potere accomodativo.

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

Nel caso di perdita anatomica o funzionale di più arti od organi, l'indennità viene stabilita mediante addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione sino al limite massimo del 100%.

Per le falangi terminali delle dita, escluso il pollice, si considera invalidità permanente soltanto la asportazione totale. L'indennità per la perdita funzionale od anatomica di una falange del pollice o dell'alluce è stabilita nella metà mentre per quella di una falange di qualunque altro dito in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito.

Nel caso di ernia che per essere determinata da infortunio (ernia traumatica) risulta compresa in garanzia l'indennità è stabilita come segue:

- se l'ernia è operabile: fino a trenta giorni di indennità per inabilità temporanea, se tale indennità è contemplata in polizza;
- se non risulta operabile: indennità fino al 10% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente.

Questi massimi valgono anche se l'ernia è bilaterale.

Nei casi di invalidità permanente non specificati, l'indennità è stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi elencati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla sua professione.

In tutti gli altri casi la valutazione del grado di Invalidità Permanente sarà effettuata facendo riferimento alla Tabella allegata al D.P.R. del 30.06.1965 n.1124 (Settore Industria) con rinuncia alle franchigie relative stabilite, nonché alle successive eventuali modificazioni, con l'intesa che le percentuali

indicate nella Tabella anzidetta vengano riferite ai capitali assicurati per il caso di invalidità permanente.

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.

ART. 22 – 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, nonché in caso di scomparsa per qualsiasi altra causa, fermo restando quanto previsto dalle Condizioni di Assicurazione, verrà riconosciuto il risarcimento 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 far valere i diritti che eventualmente gli sarebbero spettati nel caso avesse subito lesioni indennizzabili a norma della presente Convenzione.

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

ART. 23 - Inabilità temporanea

L'indennizzo per inabilità temporanea è dovuto per ogni giorno in cui l'assicurato si è trovato nella totale incapacità di attendere alle proprie occupazioni a causa di evento garantito in polizza.

Per ogni giorno la Società corrisponderà una somma (VEDI SCHEDA DI QUOTAZIONE) per un massimo di 365 giorni. Tale somma è cumulabile con le altre garanzie previste dalla presente polizza.

ART. 24 - Diaria da ricovero a seguito di infortunio

Se in conseguenza ad infortunio indennizzabile a termini di polizza l'assicurato viene ricoverato in Istituto di cura legalmente riconosciuto, la Società corrisponde l'indennità giornaliera assicurata, pattuita per ogni giorno di ricovero, per un periodo massimo di 360 giorni.

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

L'indennizzo per diaria da ricovero è cumulabile con quelli dovuti per morte, invalidità permanente e inabilità temporanea.

ART. 25 - Liquidazione dell'indennità

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquiderà l'indennità che risulti dovuta, ne darà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvederà al pagamento.

Il diritto all'indennità per invalidità permanente è di carattere personale, quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato morisse per cause indipendenti dall'infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Società pagherà ai beneficiari l'importo liquidato od offerto.

Inoltre, se dopo il pagamento di un'indennità per invalidità permanente ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo l'Assicurato morisse, la società corrisponderà la differenza fra l'indennità pagata ed il capitale assicurato per il caso di morte - ove questa fosse superiore - e non chiederà il rimborso nel caso contrario.

L'indennità viene corrisposta in Italia ed in valuta corrente.

ART. 26 - Modalità di valutazione del danno - Controversie

Le divergenze sul grado di invalidità permanente o sul grado o durata dell'inabilità temporanea o sulla liquidabilità della diaria, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità sono demandate per iscritto ad un Collegio di tre medici, nominati uno dall'Assicurato, uno dalla Società ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da esso designato, contribuendo per la metà delle spese e competenza per terzo medico.

E' data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

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

ART. 27 - Assicurazione per conto altrui

Poiché la presente assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 C.C.

ART. 28 - Diritto di surrogazione

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 C.C. verso i Terzi responsabili dell'infortunio.

ART. 29 – Danni estetici

Si conviene che in caso di infortunio non escluso dalle Condizioni della presente polizza, che produca conseguenze di carattere estetico, ma che non comporti risarcimento 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 un limite massimo di € 5.000,00 per evento.

ART. 30 – Rientro sanitario (valido in Italia e all'estero)

La garanzia è estesa al rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato in caso di infortunio o malattia che lo colpiscono nel corso di una missione di lavoro disposta dal Contraente e che rendano necessario il suo trasporto in ospedale attrezzato in Italia fino al limite di € 2.500,00 per persona assicurata.

ART. 31 – Rimpatrio della salma (valido in Italia ed all'estero)

La garanzia è estesa al rimborso delle spese sostenute per il rimpatrio della salma dell'Assicurato, in caso di decesso a seguito di infortunio o malattia che lo colpiscano nel corso di una missione di lavoro disposta dal Contraente, fino al luogo di sepoltura e fino alla concorrenza di € 2.500,00 per persona assicurata.

ART. 32 - Rischio guerra

A parziale deroga delle Condizioni di Assicurazione, la garanzia vale anche per gli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata), per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle

ostilità se ed in quanto l'assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero.

Limitatamente al rischio aeronautico, l'assicurazione si intende estesa agli eventi conseguenti a rischio guerra con esclusione di sorvoli o soste nei paesi in stato di guerra.

ART. 33 - Rimborso spese mediche da infortunio

In caso di prestazioni sanitarie rese necessarie da infortunio la Società rimborserà le spese sostenute fino ad un massimo di € 5.000,00 per persona assicurata.

Tale somma risarcirà, a titolo esemplificativo e non limitativo, l'assicurato per le spese sostenute in occasione di:

- § Onorari dei chirurghi e dell'equipe medica
- § Uso della sala operatoria
- § Rette di degenza in ospedali o cliniche
- § Medicinali prescritti dal medico curante
- § Onorari dei medici
- § Accertamenti diagnostici
- § Trasporto dell'Assicurato in ospedale o clinica o presidio medico più vicino
- § Esami di laboratorio
- § Cure e visite mediche
- § Cure di rieducazione, riabilitazione ecc.

La Società effettua il pagamento di quanto dovuto su presentazione in originale delle relative notule, distinte, fatture e ricevute debitamente quietanzate.

Le spese sostenute all'estero saranno rimborsate in Italia, in moneta corrente al cambio medio della settimana in cui sono state sostenute dall'Assicurato.

ART. 34 - Esonero denuncia infermità e difetti fisici

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le infermità, le mutilazioni o i difetti fisici da cui gli assicurati fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire.

ART. 35 – Imposte e diritti

Le spese di bollo, tasse, imposte e diritti dipendenti dalla presente assicurazione sono a carico della Contraente o dell'Assicurato e suoi aventi diritto, anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

ART. 36 – Foro competente

Per ogni controversia diversa da quelle previste dall'art. 3.7 e relative all'interpretazione e applicazione della presente polizza sarà competente esclusivamente il foro dove risiede il Contraente.

ART. 37 – 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, detta indennità nella sua totalità viene accantonata per essere computata nel risarcimento che il Contraente fosse tenuto a corrispondere per sentenza o transazione.

Qualora l'infortunato o gli anzidetti beneficiari recedano dall'azione di responsabilità civile o rimangano in essa soccombenti, l'indennità accantonata viene agli stessi pagata sotto deduzione delle spese di causa sostenute dal Contraente.

ART. 38 – Rinvio alle norme di Legge

Per tutto quanto non espressamente menzionato e disciplinato dalla presente Convenzione si farà riferimento a quanto previsto dal Codice Civile.

ART. 39 – Produzione di informazioni sui sinistri

1. Entro 3 (tre) mesi dalla scadenza di ogni annualità e in ogni caso 6 (sei) mesi prima della scadenza contrattuale, entro i 30 giorni solari successivi, pena l'applicazione delle penali di cui al successivo comma 2, l'Assicuratore, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di riservatezza dei dati personali, si impegna a fornire all'Amministrazione contraente l'evidenza dei sinistri denunciati a partire dalla data di decorrenza del contratto. Tale elenco dovrà essere fornito in formato Excel tramite file modificabili (quindi non nella modalità di sola lettura), e non modificabili, e dovrà riportare per ciascun sinistro:

- il numero del sinistro attribuito dall'Assicuratore;
- la data di accadimento dell'evento;
- la data della denuncia;
- la tipologia dell'evento;
- la descrizione dettagliata dell'evento;
- la sede di trattazione (stragiudiziale, giudiziale civile, giudiziale penale, accertamento tecnico non ripetibile);
- l'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 a € _____;

c) sinistro aperto, in corso di verifica con relativo importo stimato pari a € _____;

2. In caso di mancato rispetto di quanto previsto al comma 1 nel presente articolo, in assenza di adeguate motivazioni legate a causa di forza maggiore, l'Assicuratore dovrà corrispondere all'Amministrazione un importo pari allo 0,15% del premio annuo complessivo per ogni giorno solare di ritardo, con un importo massimo pari a 150,00 euro.

3. L'Assicuratore si impegna a fornire ogni altra informazione disponibile, relativa al contratto assicurativo in essere che l'Amministrazione, d'intesa con l'Assicuratore, ritenga utile acquisire nel corso della vigenza del contratto. Al riguardo l'Amministrazione deve fornire adeguata motivazione.

4. 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 fino alla completa trasmissione delle informazioni di cui al comma 1.

ART. 40 – Coassicurazione - Raggruppamento d'impresa

L'Assicurazione è ripartita per quote tra le società indicate nel riparto allegato.

La spettabile..... all'uopo designata Coassicuratrice delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle Coassicuratrici indicate nel riparto e firmare gli atti sopraindicati anche in loro nome e per conto e ciò vale anche per il presente atto.

Pertanto, le comunicazioni inerenti alla polizza (ivi comprese le comunicazioni relativi al recesso ed alla disdetta) devono trasmettersi dall'una all'altra parte solo per il tramite della Spettabile..... la cui firma in calce di eventuali futuri atti impegnerà che le coassicuratrici che in forza della presente clausola ne conferiscono mandato.

Nel caso in cui il presente contratto sia aggiudicato ad un raggruppamento temporaneo di imprese costituitosi in termini di legge, si deroga totalmente al disposto dell'art.1911 C.C., essendo tutte le imprese sottoscrittrici responsabili in solido nei confronti del contraente aggiudicatore.

ART. 41 – Clausola Broker

Per l'assistenza nella presente procedura, la Stazione Appaltante dichiara di avvalersi del servizio di brokeraggio assicurativo, ai sensi del D.Lgs. 209/2005, da parte di Inser S.p.A. con sede operativa in Trento, via A. Olivetti 36 tel. 0461-405200, di conseguenza tutti i rapporti inerenti i contratti oggetto della presente gara saranno gestiti, per conto della Stazione Appaltante 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.

Qualora l'Impresa aggiudicataria 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 dell'Impresa aggiudicataria del contratto nella misura dell'1,95%. Tale remunerazione è parte dell'aliquota riconosciuta dall'impresa di Assicurazione alla propria rete di vendita e non potrà quindi, in ogni caso, rappresentare un costo aggiuntivo per l'Amministrazione Aggiudicatrice.

ART. 42 - Tracciabilità dei flussi

1. L'appaltatore, a pena di nullità del presente contratto, assume gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'art. 3 della legge 136/2010 e s.m..

2. L'appaltatore deve inserire nei contratti stipulati con privati subappaltatori o fornitori di beni e servizi le seguenti clausole, ai sensi della legge 136/2010 e s.m.:

“Art. (...) (Obblighi del subappaltatore/subcontraente relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari).

I. L'impresa (...), in qualità di subappaltatore/subcontraente dell'impresa (...) nell'ambito del contratto sottoscritto con Trentino Trasporti Spa (...), identificato con il CIG n. (...)/CUP n. (...), assume tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'articolo 3 della legge 13 agosto 2010, n. 136 e successive modifiche.

II. L'impresa (...), in qualità di subappaltatore/subcontraente dell'impresa (...), si impegna a dare immediata comunicazione alla Trentino Trasporti Spa (...) della notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria.

III. L'impresa (...), in qualità di subappaltatore/subcontraente dell'impresa (...), si impegna ad inviare copia del presente contratto alla Trentino Trasporti Spa (...).”

3. L'appaltatore si impegna a dare immediata comunicazione alla stazione appaltante ed al Commissariato del Governo della provincia di Trento della notizia dell'inadempimento della propria controparte (subappaltatore/sub-contraente) agli obblighi di tracciabilità finanziaria.

4. La stazione appaltante verifica i contratti sottoscritti tra l'appaltatore ed i subappaltatori e i subcontraenti in ordine all'apposizione della clausola sull'obbligo del rispetto delle disposizioni di cui all'art. 3 della legge 136/2010, e, ove ne riscontri la mancanza, rileva la radicale nullità del contratto.

5. Le parti stabiliscono espressamente che il contratto è risolto di diritto in tutti i casi in cui le transazioni siano state eseguite senza avvalersi di banche o della società Poste Italiane SPA attraverso bonifici su conti dedicati, destinati a registrare tutti i movimenti finanziari, in ingresso ed in uscita, in esecuzione degli obblighi scaturenti dal presente contratto. L'appaltatore comunica alla stazione appaltante gli estremi identificativi dei conti correnti bancari o postali, accessi presso banche o presso la società Poste Italiane SPA, dedicati, anche non in via esclusiva, alle commesse pubbliche. La comunicazione alla stazione appaltante deve avvenire entro sette giorni dall'accensione dei conti

correnti dedicati e nello stesso termine l'appaltatore deve comunicare le generalità e il codice fiscale delle persone delegate ad operare su di essi. Le medesime prescrizioni valgono anche per i conti bancari o postali preesistenti, dedicati successivamente alle commesse pubbliche. In tal caso il termine decorre dalla dichiarazione della data di destinazione del conto alle commesse pubbliche.

6. Nel rispetto degli obblighi sulla tracciabilità dei flussi finanziari, il bonifico bancario o postale deve riportare, in relazione a ciascuna transazione, il codice identificativo di gara ed il codice unico progetto.

ART. 43 – Anticipazione indennizzo

In tutti i casi in cui l'infortunio dia luogo ad una invalidità permanente, la Compagnia assicuratrice si obbliga a riconoscere all'assicurato, dietro presentazione dei documenti giustificativi e previa visita da parte del medico fiduciario della Compagnia assicuratrice stessa, un'anticipazione parziale per l'indennizzo, e ciò non prima che siano trascorsi 90 (novanta) giorni dal giorno dell'evento infortunistico. L'anticipazione ha luogo nel caso in cui il grado di invalidità permanente superi l'aliquota del 10% (dieci per cento) ed è limitata nella misura massima di un terzo dell'indennizzo valutabile allo stato, con riserva di successiva revisione e conguaglio.

ART. 44 – Termine di pagamento dell'indennizzo dovuto ai sensi di polizza

Il pagamento sull'indennizzo si effettua:

- a) in caso di morte: non oltre 30 giorni dopo il compimento delle formalità e l'invio dei documenti indispensabili,
- b) in caso di invalidità permanente: non oltre 30 giorni dopo l'accordo delle parti in merito al grado di invalidità;
- c) in caso di invalidità temporanea: non oltre 30 gironi dopo l'accordo delle parti in merito all'importo dovuto.

ART. 45 – Identificazione delle persone assicurate

Per l'identificazione delle persone assicurate e l'effetto della garanzia farà fede, per tutte le categorie, la documentazione conservata dalla Contraente.

ART. 46 - Subappalto

Ciascun offerente potrà dichiarare di voler subappaltare parte delle attività contrattuali, nei limiti e alle condizioni previste dall'art. 105 del Codice dei Contratti e dall'art. 26 della legge provinciale 2/2016. Il subappalto non comporta alcuna modificazione agli obblighi e agli oneri dell'aggiudicatario che rimane unico e solo responsabile nei confronti dell'Amministrazione Aggiudicatrice.

ART. 47 - Garanzia definitiva

1. Per la disciplina della garanzia definitiva si applica l'art. 103 del D.Lgs. n. 50/2016.
2. Qualora l'ammontare della garanzia dovesse ridursi per effetto dell'applicazione di penali o per qualsiasi altra causa, l'appaltatore deve provvedere al reintegro della stessa entro il termine di 10 (dieci) giorni dal ricevimento della relativa richiesta effettuata dalla stazione appaltante.
3. In caso di inadempimento alle obbligazioni previste nel comma precedente la reintegrazione si effettua a valere sui ratei di prezzo da corrispondere all'appaltatore.
4. Nel caso di integrazione del contratto, l'appaltatore deve modificare il valore della garanzia in misura proporzionale all'importo contrattualmente fissato nell'atto aggiuntivo, alle stesse condizioni di cui al presente articolo.
5. La garanzia definitiva dovrà essere emessa tramite la Scheda tecnica 1.2 o 1.2.1 allegata al D.M. n. 31 di data 19 gennaio 2018 del Ministero dello Sviluppo Economico accompagnata da un'apposita appendice riportante la seguente clausola: "Il Foro competente in caso di

controversia fra il Garante e l'Amministrazione appaltante è quello di Trento. (se del caso, Foro di Rovereto)".

6. La stazione appaltante non accetta garanzie definitive non conformi allo Schema tipo sopracitato: condizioni ulteriori rispetto a quelle previste dallo Schema tipo 1.2 o 1.2.1 del D.M. n. 31/2018 non sono accettate dall'Amministrazione. Laddove queste condizioni ulteriori fossero destinate a disciplinare esclusivamente il rapporto tra garante e contraente (ad es. deposito cautelativo) devono recare una clausola espressa di non opponibilità alla stazione appaltante.

ART. 48 - Disposizioni anticorruzione

Nell'espletamento del servizio oggetto del presente capitolato vanno rispettati gli obblighi di condotta previsti dal vigente Codice di comportamento approvato ai sensi della legge 6 novembre 2012, n. 190 ("Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione") e visibile sul sito istituzionale della stazione appaltante, la cui violazione costituisce causa di risoluzione del contratto.

ART. 49 - Obblighi in materia di legalità

1. Fermo restando l'obbligo di denuncia all'Autorità giudiziaria, l'appaltatore si impegna a segnalare tempestivamente alla stazione appaltante ogni illecita richiesta di denaro, prestazione o altra utilità ovvero offerta di protezione, nonché ogni tentativo di intimidazione o condizionamento di natura criminale che venga avanzata nel corso dell'esecuzione del contratto nei confronti di un proprio rappresentante, dipendente o agente.
2. L'appaltatore inserisce nei contratti di subappalto e nei contratti stipulati con ogni altro soggetto che intervenga a qualunque titolo nell'esecuzione del contratto, la seguente clausola: "Fermo restando l'obbligo di denuncia all'Autorità giudiziaria, il subappaltatore/subcontraente si impegna a riferire tempestivamente all'Ente (...) ogni illecita richiesta di denaro, prestazione o altra utilità ovvero offerta di protezione, che venga avanzata nel corso dell'esecuzione del contratto nei confronti di un proprio rappresentante, dipendente o agente".

ART. 50 – Trattamento dei dati personali

Le attività previste dall'appalto affidato, comportano il trattamento di dati personali in maniera autonoma da parte di Trentino trasporti S.p.A. (titolare 1) e l'aggiudicatario (titolare 2). Le Parti si danno reciprocamente atto di conoscere ed applicare, nell'ambito delle proprie organizzazioni, tutte le norme vigenti ed in fase di emanazione in materia di trattamento dei dati personali, sia primarie che secondarie, rilevanti per la corretta gestione del trattamento, ivi compreso il Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 (di seguito "GDPR"). Pertanto le stesse si impegnano a:

1. Il Titolare 2 tratterà in via autonoma i dati personali ricevuti dal Titolare 1 per le finalità connesse all'esecuzione delle attività previste dall'appalto affidato. Il Titolare 2, in relazione agli impieghi dei predetti dati nell'ambito della propria organizzazione, assumerà, pertanto, la qualifica di "Titolare" autonomo del trattamento ai sensi dell'articolo 4, nr. 7) del GDPR, sia nei confronti del Titolare 1 che nei confronti dei soggetti cui i dati personali trattati sono riferiti.
2. In quanto Titolare autonomo del trattamento, il Titolare 2 è tenuto a rispettare tutte le normative rilevanti sulla protezione ed il trattamento dei dati personali che risultino applicabili ai rapporti che intercorrono con il Titolare 1 in base all'appalto, compreso il GDPR.
3. In particolare, il Titolare 2 si impegna ad applicare misure di sicurezza idonee e adeguate a proteggere i dati personali da esso trattati in esecuzione dell'appalto, contro i rischi di distruzione, perdita, anche accidentale, di accesso o modifica non autorizzata dei dati o di trattamento non consentito o non conforme alle finalità della raccolta.

4. Il Titolare 2 si impegna a far sì che l'accesso ai dati personali ricevuti dal Titolare 1 sia consentito solo a coloro e nella misura in cui ciò sia necessario per l'esecuzione del Contratto, e che l'uso dei dati personali rispetti gli stessi impegni assunti dal Titolare 2 verso il Titolare 1 riguardo alla conformità legale del trattamento e la sicurezza dei dati trattati.
5. Ferma restando la responsabilità assunta dal Titolare 2 verso i terzi e verso il Titolare 1 quale titolare autonomo del trattamento sui dati ricevuti dal Titolare 1, nei rapporti reciproci, il Titolare 2 si obbliga a manlevare e tenere indenne il Titolare 1 – per qualsiasi danno, incluse spese legali – che possa derivare da pretese avanzate nei confronti del Titolare 1 da terzi - inclusi i soggetti cui i dati personali trattati sono riferiti - a seguito dell'eventuale illiceità o non correttezza delle operazioni di trattamento imputabili al Titolare 2, intendendosi con la presente pattuizione, trasferire dal Titolare 1 al Titolare 2 l'incidenza economica dei danni reclamati da terzi, in conseguenza dei trattamenti operati dal Titolare 2.
6. Il Titolare 2 è tenuto a dare immediata notizia al Titolare 1 di ogni eventuale illegittimo trattamento dei dati personali operato in esecuzione del presente Contratto nell'ambito della propria organizzazione, procedendo senza ritardo alla notifica della violazione di dati personali all'Autorità di Controllo, nei casi in cui tale notifica sia dovuta dal titolare del trattamento, ai sensi dell'articolo 33 del GDPR.
7. Le Parti si garantiscono reciprocamente che i dati trattati da ciascuna di esse in esecuzione dell'appalto formano oggetto di puntuale verifica di conformità alla disciplina rilevante in materia di trattamento di dati personali - ivi compreso il GDPR - e si impegnano altresì alla ottimale cooperazione reciproca nel caso in cui una di esse risulti destinataria di istanze per l'esercizio dei diritti degli interessati previsti dall'articolo 12 e ss. del GDPR ovvero di richieste delle Autorità di Controllo che riguardino ambiti di trattamento di competenza dell'altra parte.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

ART. 51 - Decorrenza della garanzia - Termini di aspettativa.

La garanzia decorre dalle ore 24 del 90° giorno successivo a quello in cui ai sensi dell'art. 3, ha effetto l'assicurazione.

Qualora il presente contratto sia stato stipulato in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altro contratto riguardante gli stessi Assicurati e identiche garanzie, anche se precedentemente stipulato con altra compagnia assicuratrice, l'anzidetto termine di 90 giorni opera:

- dal giorno di effetto del contratto sostituito, per le prestazioni e i massimali da questi ultimo previsti;
- dal giorno di effetto di questo contratto, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da esso previste.

La norma di cui alla linea precedente vale anche nel caso di variazioni intervenute nel corso di uno stesso contratto.

Si intendono tuttavia incluse dalla data di decorrenza della polizza le malattie acute improvvise, la cui origine non si possa far risalire a data precedente la decorrenza della polizza.

ART. 52 - Esclusioni

Sono escluse dall'assicurazione le invalidità permanenti da malattia derivanti direttamente o indirettamente da:

- a) infermità somatiche e/o psichiche psicogene nonché le infermità psicotiche o nevrosiche di qualsiasi origine e natura;
- b) abuso di sostanze alcoliche o di psicofarmaco uso di stupefacenti o di allucinogene
- c) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati o accelerazioni di particelle atomiche;
- d) guerra o insurrezione;
- e) reati dolosi commessi dall'Assicurato o atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti;
- f) malattie che siano l'espressione o la conseguenza di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione di questo certificato di assicurazione e/o di eventuali variazioni allo stesso, già note in quel momento al Contraente o all'Assicurato.

ART. 53 - Limite di Età.

L'assicurazione cessa automaticamente alla scadenza successiva al compimento del 65° anno di età da parte dell'Assicurato.

Tale cessazione si verifica nonostante l'eventuale incasso dei premi scaduti dopo la cessazione stessa, i premi verranno in tale caso restituiti a richiesta del Contraente.

ART. 54 - Persone non assicurabili.

Non sono assicurabili indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da A.I.D.S., alcoolismo, tossicodipendenza o dalle seguenti infermità mentali sindromi organiche cerebrale schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi. L'assicurazione cessa

con il manifestarsi di tali affezioni restando precisato che sono comunque escluse le conseguenze della prima manifestazione.

ART. 55 - Limiti territoriali.

L'assicurazione vale per il mondo intero. La valutazione della invalidità permanente e la corresponsione dell'indennizzo verranno tuttavia effettuate in Italia ed in valuta italiana.

ART. 56 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro.

In caso di malattia l'assicurato o chi per esso deve dare avviso scritto al Gestore alla quale è assegnata la polizza oppure agli Assicuratori entro trenta giorni dalla manifestazione qualora, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che la malattia stessa, per le sue caratteristiche e presumibili conseguenze, possa interessare la garanzia prestata.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

L'Assicurato deve consentire agli Assicuratori le indagini e gli accertamenti necessari e produrre copia delle eventuali cartelle cliniche complete e di ogni altra documentazione sanitaria sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato l'assicurato stesso.

ART. 57 - Criteri di indennizzabilità.

Gli Assicuratori corrispondono l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive della malattia. Se antecedentemente all'insorgere della malattia, l'assicurato non era fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora la malattia avesse colpito una persona fisicamente integra e sana. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, la percentuale di invalidità permanente accertata è diminuita tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

ART. 58 - Criteri e termini di liquidazione.

La percentuale di invalidità permanente viene accertata - con riferimento alla tabella per l'industria allegata al D.P.R. 30 giugno 1965 n.1124 e successive modificazioni intervenute fino alla data di stipulazione della polizza - non prima che sia decorso un anno e non oltre due anni dalla data di denuncia della malattia.

Per gli organi od arti che abbiano subito una minorazione, le percentuali di invalidità previste dalla tabella sopra citata con la perdita totale degli stessi vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta da detti organi o arti.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella menzionata, l'indennizzo è stabilito facendo riferimento alle percentuali dei casi indicati tenendo conto della diminuita capacità lavorativa generica, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

La minorazione e/o perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi o arti comporta l'applicazione di una percentuale d'invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna menomazione, con il massimo del 100%.

Nessuna invalidità spetta quando l'invalidità permanente accertata sia di grado inferiore al 25% (venticinque per cento) della totale.

Quando l'invalidità permanente accertata sia invece di grado pari o superiore al 25% gli Assicuratori liquidano un'indennità calcolata sulla somma assicurata in base alle percentuali seguenti:

PERCENTUALE DI INVALIDITA' PERMANENTE			
accertata	da liquidare	accertata	da liquidare
25	5	56	59
26	8	57	63
27	11	58	67
28	14	59	71
29	17	60	75
30	20	61	79
31	23	62	83
32	26	63	87
33	29	64	91
34	32	65	95
35-55	35-55	66	100

ART. 59 - Modalità di valutazione del danno

Le divergenze sul grado di invalidità permanente o sul grado o durata dell'inabilità temporanea, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dall'art.20 sono demandate per iscritto ad un Collegio di tre medici nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici.

Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato, o al luogo di residenza del Gestore.

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

E' data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso e comunque entro il biennio dalla data della denuncia della malattia stessa, nel quale caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

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

CONTRAENTE/ASSICURATO

SOCIETA'

RISCHI COPERTI E CAPITALI ASSICURATI

1. CATEGORIA AMMINISTRATORI, PRESIDENTE, VICEPRESIDENTE, CONSIGLIERI

OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione vale per gli infortuni che i componenti il Consiglio di Amministrazione subiscano mentre svolgono le funzioni inerenti la carica, compresi trasferimenti e missioni. S'intende compreso il rischio in itinere.

CAPITALI ASSICURATI

L'assicurazione è prestata per ciascuna persona per le somme indicate:

Morte	€	500.000,00
Invalidità Permanente	€	600.000,00
Inabilità Temporanea	€	50,00
Diaria da ricovero a seguito di infortunio	€	100,00
Rimborso spese mediche da infortunio	€	5.000,00

Numero assicurati:

Premio lordo annuo procapite: €

Premio annuo lordo : €

2. CATEGORIA DIRIGENTI

OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione è valida per gli infortuni professionali ed extraprofessionali dei dirigenti dipendenti della Contraente.

GARANZIE PARTICOLARI:

Per i casi di invalidità permanente che riducano di almeno il 50 % la capacità lavorativa del dirigente assicurato, valutati in base alla tabella allegato 1 del DPR 30 Giugno 1965 n 1124 e successive modificazioni, che rendano obiettivamente impossibile la prosecuzione del rapporto di lavoro o la costituzione di un rapporto simile presso altra Azienda anche eventualmente con una diversa utilizzazione del dirigente in occupazioni confacenti alle sue attitudini, verrà corrisposto un indennizzo pari al 100% del capitale assicurato per il caso di Invalidità permanente totale.

La garanzia s'intende prestata anche per le malattie professionali riconosciute, per l'attività esercitata dal contraente, dal DPR 30 giugno 1965 n. 1124 e successive modificazioni.

A tale riguardo il contraente dichiara che all'atto del perfezionamento del presente contratto le persone da ritenersi assicurate non presentano alcuna manifestazione morbosa riferibile alle predette malattie.

CAPITALI ASSICURATI

L'assicurazione è prestata per ciascuna persona per le somme indicate:

Multipli della retribuzione:

Morte: per una somma pari a 5 volte la retribuzione annua lorda, con il massimo di € 850.000,00

Invalidità permanente: fino ad una somma pari a 6 volte la retribuzione annua lorda, con il massimo di € 1.000.000,00

Diaria da ricovero a seguito di infortunio	€	100,00
Rimborso spese mediche da infortunio	€	5.000,00
Invalidità Permanente da Malattia	€	520.000,00

CONTEGGIO DEL PREMIO:

A) Preventivo retribuzioni:	€
Tasso annuo lordo Infortuni: retribuzioni°/°°	da calcolarsi sull'ammontare delle
Regolazione:		sulla base delle retribuzioni erogate a consuntivo
Premio annuo lordo anticipato A) :	€

B) Tasso annuo lordo Invalidità Permanente da Malattia:.....°/°° da calcolarsi sull'ammontare del capitale assicurato

n.	Nominativo	Età	Data di nascita	Capitale assicurato caso I.P.M. €
1	-----	53	22/06/1964	520.000,00
2	-----	60	27/03/1957	520.000,00
3	-----	47	15/10/1970	520.000,00

Premio annuo lordo B) : €

Premio annuo lordo A) + B) €

CONTRAENTE/ASSICURATO

SOCIETA'

Agli effetti dell'art. 1341 del Codice Civile il sottoscritto dichiara di approvare specificatamente le disposizioni dei punti seguenti delle Condizioni Generali;

art. 7 Recesso dal contratto in caso di sinistro - Rinuncia

art. 26 Modalità di valutazione del danno – Controversie

art. 36 Competenza territoriale dell'Autorità Giudiziaria.

CONTRAENTE/ASSICURATO

SOCIETA'