

Polizza di assicurazione Infortuni

Provincia Autonoma di Trento

CAPITOLATO SPECIALE D'APPALTO

POLIZZA DI ASSICURAZIONE **INFORTUNI CATEGORIE VARIE** **Lotto 5) – CIG N. 77701502A0**

Stipulata tra:

PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

Piazza Dante, 15
38122 TRENTO
P.IVA 00337460224

e

[Nome Società]

Effetto:	dalle ore 24.00 del 30/06/2019
Cessazione:	alle ore 24.00 del 30/06/2021
	con facoltà di proroga di 1 (uno) ulteriore anno
Scadenza anniversaria	al 30/06 di ogni anno

Sommario

Sezione 1 – Definizioni, soggetti e attività assicurata.....	4
Art. 1 – Definizioni.....	4
Art. 2 - Soggetti assicurati.....	5
Sezione 2 – Condizioni generali di assicurazione.....	6
Art. 1 – Variazioni del rischio successivamente all’aggiudicazione del contratto.....	6
Art. 2 - Assicurazione presso diversi Assicuratori.....	6
Art. 3 - Durata dell’assicurazione.....	6
Art. 4 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia.....	7
Art. 5 – Regolazione del premio.....	7
Art. 5 bis – Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali.....	8
Art. 6 - Recesso.....	8
Art. 7 – Prova del contratto e modifiche dell’assicurazione.....	8
Art. 8 - Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società.....	8
Art. 9 - Oneri fiscali.....	9
Art. 10 - Foro competente.....	9
Art. 11 - Interpretazione del contratto.....	9
Art. 12 – Ispezioni e verifiche della Società.....	9
Art. 13 - Assicurazione per conto di chi spetta – Titolarità dei diritti nascenti dal contratto.....	9
Art. 14 - Obbligo di fornire dati sull’andamento del rischio.....	9
Art. 15 - Clausola Broker.....	10
Art. 16 – Obblighi inerenti la tracciabilità dei flussi finanziari in base alla l. n°. 136/2010.....	10
Art. 17 - Rinvio alle norme di legge.....	11
Art. 18 – Rinuncia alla surrogazione.....	11
Art. 19- Estensione territoriale.....	11
Art. 20 - Coassicurazione Delega e Subappalto.....	12
Art. 21 bis - Trattamento dei dati personali.....	12
Sezione 3 – Condizioni di assicurazione.....	13
Art.1 - Oggetto della copertura.....	13

Art.2 – Estensioni di garanzia.....	14
Art.3 – Esclusioni.....	16
Art.4 – Persone escluse dall’assicurazione o non assicurabili.....	16
Sezione 4 – Operatività della polizza infortuni.....	18
Art.1 – Casi assicurati.....	18
Art. 2 - Denuncia del sinistro e relativi obblighi.....	19
Art.3 – Criteri di indennizzabilità.....	20
Art.4 – Controversie.....	20
Art.5 – Liquidazione dell’indennità.....	20
Art. 6 - Anticipo indennizzo.....	20
Sezione 5– Categorie, somme assicurate, franchigia, scoperti e calcolo del premio.....	21
Art. 1 – Categorie assicurate.....	21
A. - <i>COMMISSIONI VALANGHE</i>	21
B. - <i>UTENTI DEL SISTEMA EDUCATIVO PROVINCIALE</i>	22
C. - <i>MINORI ED ADULTI IN AFFIDO</i>	24
D. - <i>GIOVANI IN SERVIZIO CIVILE</i>	25
E. - <i>BAMBINI OSPITI DEL CENTRO PER L’INFANZIA</i>	26
F. - <i>PROGETTI SPECIALI</i>	27
G. - <i>ADDETTI IMPIANTI A FUNE E PISTE DI SCI</i>	28
H. - <i>ADDETTI CARRO PONTE</i>	29
I. - <i>PERSONALE ADDETTO AL SERVIZIO CASSA ED ECONOMATO</i>	30
J. - <i>GUIDATORI E TRASPORTATI</i>	31
K. - <i>MEDICI TIROCINANTI</i>	32
L. - <i>DANNI ARRECATI DA DALL’ORSO BRUNO</i>	33
Art. 2 – Calcolo del premio.....	36

Sezione 1 – Definizioni, soggetti e attività assicurata

Art. 1 – Definizioni

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

Annualità assicurativa:	Il periodo compreso fra la data di effetto e la data di scadenza anniversaria, o tra due date di scadenza anniversaria fra loro successive, o tra l'ultima data di scadenza anniversaria e la scadenza finale dell'assicurazione.
Assicurato:	Persona fisica il cui interesse è protetto dalla Assicurazione.
Assicurazione:	Il contratto di Assicurazione.
Beneficiario:	In caso di morte dell'assicurato, gli eredi legittimi o testamentari; in tutti gli altri casi l'assicurato stesso.
Broker:	Marsh S.p.A., iscritta al R.U.I. al n° B000055861.
Comunicazioni:	Tutte le comunicazioni effettuate per lettera raccomandata, alla quale sono parificati raccomandata a mano, telex, telegrammi, facsimile, PEC o altro mezzo documentabile.
Contraente:	Il soggetto che stipula l'assicurazione.
Franchigia assoluta:	La parte di danno espressa in valore, giorni di inabilità o percentuale di invalidità che non viene indennizzata. Pertanto non si darà luogo ad indennizzo quando il danno risulta di grado inferiore alla franchigia. Se invece il danno risulta superiore, l'indennizzo verrà corrisposto esclusivamente per la parte eccedente, decurtando dall'indennizzo quanto ricompreso nella franchigia.
Franchigia relativa:	La soglia di danno espressa in valore, giorni di inabilità o percentuale di invalidità al di sotto della quale il sinistro non viene indennizzato. Pertanto non si darà luogo ad indennizzo quando il danno risulta di grado pari o inferiore alla franchigia. Se invece il danno risulta superiore, l'indennizzo verrà corrisposto per l'intero senza deduzione di alcuna franchigia.
Inabilità temporanea:	La perdita temporanea, a seguito di infortunio o malattia, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato di attendere alle attività professionali dichiarate.
Infortunio	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte e/o una invalidità permanente e/o una inabilità temporanea.
Indennizzo	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Invalidità permanente:	La diminuzione o la perdita definitiva ed irrimediabile della capacità generica ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato.
Istituto di cura:	L'ospedale pubblico, la clinica, la casa di cura sia accreditati presso il Servizio Sanitario Nazionale che privata, legalmente riconosciuti e regolarmente autorizzati al ricovero dei malati, esclusi comunque

	stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno.
Malattia:	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio, intendendo per tale ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili
Massimale per anno:	La massima esposizione della Società per uno o più sinistri durante la medesima annualità assicurativa o periodo assicurativo.
Massimale per sinistro:	La massima esposizione della Società per ogni sinistro.
Polizza:	Il documento che prova l'assicurazione.
Premio:	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
Retribuzioni	Tutto quanto al lordo delle ritenute, il dipendente effettivamente riceve a compenso delle sue retribuzioni (es. stipendio, altri elementi a carattere continuativo, provvigioni, premi di produzione, l'equivalente del vitto ed alloggio eventualmente dovuti al dirigente). Sono esclusi i rimborsi spese e emolumenti a carattere eccezionale. Come riferimento per la liquidazione dell'indennizzo, si considera retribuzione quella che l'infortunato ha percepito per i titoli di cui sopra nei dodici mesi precedenti quello in cui si è verificato l'infortunio. Se al momento dell'infortunio l'assicurato non ha raggiunto il primo anno di servizio, si considera la retribuzione annua presunta spettante a norma del relativo contratto di lavoro previa richiesta di apposita certificazione del datore di lavoro.
Ricovero:	La degenza in Istituto di cura (pubblici, accreditati o privati, in Italia e all'estero) che comporti almeno un pernottamento.
Rischio:	La probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.
Rischio in itinere:	La probabilità che il sinistro si verifichi durante il tragitto dalla dimora, anche occasionale, al luogo di lavoro e viceversa; nonché durante il tragitto da e verso altre sedi dove viene svolta l'attività, purché questi infortuni avvengano durante il compimento del percorso necessario con gli ordinari mezzi di locomozione, sia pubblici che privati.
Scoperto:	La parte di danno indennizzabile, espressa in percentuale, che resta a carico dell'assicurato.
Sinistro:	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
Società:	L'impresa assicuratrice nonché le coassicuratrici.

Art. 2 - Soggetti assicurati

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

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

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

Sezione 2 – Condizioni generali di assicurazione

Art. 1 – Variazioni del rischio successivamente all'aggiudicazione del contratto

Per aggravamento del rischio si intende qualsiasi modifica dovuta a cause sopravvenute, non previste e non prevedibili, che determinano una diversa probabilità di verificarsi di un sinistro ovvero una variazione delle sue conseguenze tali che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto, la Società non avrebbe consentito l'assicurazione o l'avrebbe consentita per un premio più elevato. Le variazioni che devono essere comunicate concernono circostanze di fatto interne all'organizzazione del Contraente in grado di determinare un aggravamento del rischio rilevante. Il Contraente non è tenuto a comunicare variazioni del rischio derivanti da sopravvenienze normative ovvero da modifiche degli orientamenti giurisprudenziali conseguenti a pronunce di merito o di legittimità.

Qualsiasi circostanza intervenuta successivamente all'aggiudicazione del contratto di assicurazione, che comporti una variazione del rischio, ai sensi del precedente comma, deve essere comunicata per iscritto dal Contraente alla Società entro trenta giorni dall'intervenuta conoscenza.

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

Art. 2 - Assicurazione presso diversi Assicuratori

In deroga a quanto disposto dal primo e secondo comma dell'art. 1910 c.c., il Contraente e gli Assicurati sono comunque esonerati dall'obbligo di comunicare alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio, fermo restando che in caso di sinistro, il Contraente e gli Assicurati devono darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri.

Art. 3 - Durata dell'assicurazione

L'Assicurazione è stipulata per la durata indicata in frontespizio.

Non è previsto il tacito rinnovo del contratto pertanto, salvo diverso accordo fra le parti, l'assicurazione cesserà alla scadenza senza obbligo di disdetta.

Il Contraente ha la facoltà di richiedere alla Società, che s'impegna sin d'ora ad accettare incondizionatamente, la rinnovazione del servizio - alle medesime condizioni normative ed economiche in corso - con preavviso di almeno sessanta giorni dalla scadenza, fino ad un massimo di un ulteriore anno, ai sensi dell'art. 63, comma 5 del D.Lgs. 50/2016.

È facoltà del Contraente richiedere alla Società una proroga tecnica, temporanea della presente assicurazione, finalizzata all'espletamento od al completamento delle procedure di aggiudicazione della nuova assicurazione. La Società, a fronte della corresponsione del relativo rateo di premio che verrà conteggiato sulla base di 1/365 del premio annuale della polizza appena scaduta per ogni giorno di copertura, si impegna sin d'ora a prorogare in tal caso l'assicurazione, alle medesime condizioni contrattuali ed economiche, per un periodo massimo di 6 mesi decorrenti dalla scadenza o cessazione.

Si conviene che le Parti hanno la facoltà di recedere dal contratto dalla prima scadenza annuale con lettera raccomandata da inviarsi con almeno 120 giorni di anticipo rispetto a ciascuna scadenza anniversaria.

Art. 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 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:

- a) 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.
- b) 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.

Art. 5 – Regolazione del premio

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

A tale scopo, entro 120 giorni dalla fine di ogni periodo di assicurazione, il Contraente deve fornire per iscritto alla Società i dati necessari per il conteggio del premio consuntivo. Se il Contraente non effettua nel termine anzidetto la comunicazione dei dati, la Società deve fissargli, mediante atto formale di messa in mora, un ulteriore termine non inferiore a 30 giorni dandone comunicazione scritta.

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.).

Le differenze attive o passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei 60 giorni successivi al ricevimento da parte del Contraente dell'apposita appendice ritenuta corretta di regolazione emessa dalla Società, e della relativa ricevuta di pagamento, nel rispetto della vigente normativa, D.Lgs 231/2002 e smi..

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 regolazione).

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

Art. 5 bis – Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali

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. 1 (Variazione del rischio) e richiedere motivatamente, ai sensi dell'art.106 del d.lgs. 50/2016, la revisione dei premi o delle condizioni contrattuali.

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. 6 - Recesso

In caso di mancato accordo ai sensi dell'art. 5 bis (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. 5 bis (Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali), presentata dall'Assicuratore, ovvero, nei casi di cui al comma 2 del medesimo articolo, entro 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, nei termini contrattuali previsti all'art. 3 c 4. 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. 14 (Obbligo di fornire informazioni sui sinistri) riferiti fino al mese antecedente a quello di esercizio del recesso.

Art. 7 – Prova del contratto e modifiche dell'assicurazione

La Società è obbligata a rilasciare al Contraente la polizza di assicurazione e le relative appendici contrattuali entro e non oltre 30 giorni dalla data di effetto di ciascun documento.

Le eventuali modifiche alla presente polizza debbono essere provate per iscritto. Eventuali variazioni che comportino aumenti di premio si ritengono operanti dalla decorrenza richiesta, fermo restando il

pagamento del relativo premio entro 60 giorni dalla ricezione dell'appendice di variazione formalmente ritenuta corretta.

Art. 8 - Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società

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

Art. 9 - Oneri fiscali

Tutti gli oneri, presenti e futuri, relativi al premio sono a carico del Contraente anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

Art. 10 - Foro competente

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

Art. 11 - Interpretazione del contratto

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

Art. 12 – Ispezioni e verifiche della Società

La Società ha sempre il diritto di ispezionare il rischio, visitando e verificando gli enti assicurati. L'Assicurato ha l'obbligo di fornire tutte le occorrenti indicazioni ed informazioni. Tutti gli oneri relativi a tali ispezioni sono posti per intero a carico della Società. Le ispezioni possono essere effettuate da personale dipendente della Società ovvero da soggetti terzi da essa incaricati, in quest'ultimo caso previo benessere dell'Assicurato.

Art. 13 - Assicurazione per conto di chi spetta – Titolarità dei diritti nascenti dal contratto

La presente polizza è stipulata dal Contraente in nome proprio e/o nell'interesse di chi spetta.

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

Pena l'applicazione della penale di cui all'ultimo comma del presente articolo, 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 31.12 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® o altro supporto informatico equivalente purchè editabile, il dettaglio dei sinistri, così articolato:

sinistri denunciati con indicazione del numero di sinistro attribuito dalla Società, data di accadimento dell'evento, data di denuncia, descrizione dell'evento, nonché lo stato per ciascun sinistro come di seguito elencato:

- a) sinistri riservati con indicazione dell'importo a riserva;
- b) sinistri pagati parzialmente con indicazione dell'importo già liquidato e la data di pagamento;
- c) sinistri liquidati con indicazione dell'importo liquidato e la data di pagamento;
- d) sinistri senza seguito;
- e) sinistri respinti.

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

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

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

In caso di inadempienza da parte della Società, il Contraente provvederà a formalizzare contestazione scritta assegnando alla Società non oltre 10 giorni naturali e consecutivi per adempiere ovvero per produrre controdeduzioni. Laddove la Società persista nell'inadempimento e ove le controdeduzioni non fossero pervenute entro il termine prescritto o non fossero ritenute idonee, verrà applicata una penale nella misura dello 0,3 % del premio annuo lordo, per ogni giorno di ritardo nell'inadempimento rispetto ai termini indicati dal Contraente e per l'esecuzione delle prestazioni contrattuali.

Art. 15 - Clausola Broker

Per l'assistenza nella presente procedura, la Stazione Appaltante dichiara di essersi avvalsa e di avvalersi del servizio di brokeraggio assicurativo, ai sensi del D.Lgs. 209/2005, da parte di Marsh SpA con sede operativa in Milano – Viale Bodio n. 33 -Tel. 0248538.1 , 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'1,28%. 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. 16 – Obblighi inerenti la tracciabilità dei flussi finanziari in base alla l. n° 136/2010

- 1) La Società appaltatrice, a pena di nullità del contratto, assume gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'art.3 della legge 13 agosto 2010, n. 136 e successive modifiche.
- 2) La Società appaltatrice deve inserire nei contratti stipulati con privati subappaltatori o fornitori di beni e servizi le seguenti clausole, ai sensi della legge 13 agosto 2010, n. 136 e successive modifiche:

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

I. La Società (...), in qualità di subappaltatore/subcontraente della Società (...) nell'ambito del contratto sottoscritto con la Provincia Autonoma di Trento (...), identificato con il CIG 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. La Società (...), in qualità di subappaltatore/subcontraente della Società (...), si impegna a dare immediata comunicazione alla Provincia Autonoma di Trento (...) della notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria”.

III. La Società (...), in qualità di subappaltatore/subcontraente della Società (...), si impegna ad inviare copia del presente contratto alla Provincia Autonoma di Trento.”.
- 3) La Società appaltatrice si impegna a dare immediata comunicazione alla amministrazione aggiudicatrice 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 L. 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. La Società appaltatrice comunica alla stazione appaltante gli estremi identificativi dei conti correnti bancari o postali, accesi 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 la Società aggiudicataria 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.

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 (CIG) .

Art. 16 bis – Clausola di legalità

Fermo restando l'obbligo di denuncia all'Autorità giudiziaria, la Società appaltatrice si impegna a segnalare tempestivamente alla Provincia Autonoma di Trento 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.

La Società appaltatrice 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. 17 - Rinvio alle norme di legge

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

Art. 18 – Rinuncia alla surrogazione

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

Art. 19- Estensione territoriale

L'Assicurazione, per i casi di morte ed invalidità permanente, vale per il mondo intero. L'Assicurazione, per i casi di inabilità temporanea e per le diarie, vale per il territorio dell'Europa geografica fermo restando che gli indennizzi saranno corrisposti in Italia.

Art. 20 - Coassicurazione Delega e subappalto

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 Spettabile(inserire nome della Società coassicratrice delegataria), all'uopo designata Coassicratrice Delegataria, dichiara di aver ricevuto mandato dalle coassicratrici 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 Coassicratrici.

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.

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. 21 – Disposizione finale

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

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

Art. 21 bis - Trattamento dei dati personali

1. In relazione all'appalto affidato, Titolare del trattamento è la Provincia Autonoma di Trento, che ha diritto di determinare le finalità e i mezzi del trattamento nel rispetto del Regolamento UE 27/04/2016, n. 2016/679 (d'ora in avanti, per brevità, il "regolamento") e, a tal fine, impartisce proprie istruzioni ai Responsabili del trattamento, anche per il tramite dei propri Dirigenti. Ai sensi dell'art. 29 del regolamento, infatti, il Responsabile del trattamento, o chiunque agisca sotto la sua autorità, che abbia accesso a dati personali, non può trattare tali dati se non è istruito in tal senso dal Titolare del trattamento.
2. Nell'ambito dell'attività oggetto del contratto, l'appaltatore viene a conoscenza e tratta dati personali relativi agli utenti della stazione appaltante, o ad altri aventi diritto. Il trattamento di tali dati, da parte dell'appaltatore, deve avvenire esclusivamente in ragione dell'appalto affidato. Pertanto, con la stipula del contratto di appalto, l'appaltatore, ai sensi dell'art. 28 del regolamento, è nominato Responsabile del trattamento dei dati, secondo l'allegato "Istruzioni al Responsabile del Trattamento dei dati" al presente capitolato speciale d'appalto, per gli adempimenti previsti nel contratto di appalto e nei limiti e per la durata dello stesso. La nomina di Responsabile è valida per tutta la durata del contratto d'appalto e si considererà revocata a completamento dell'incarico.

Art.1 - Oggetto della copertura

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

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

Sono compresi in garanzia anche:

- a) l'asfissia non di origine morbosa;
- b) soffocamento da ingestione di solidi e/o liquidi;
- c) gli avvelenamenti o le intossicazioni conseguenti ad ingestione od assorbimento di sostanze;
- d) ustioni in genere, nonché il contatto con corrosivi;
- e) le affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi;
- f) l'annegamento;
- g) l'assideramento o congelamento;
- h) la folgorazione;
- i) i colpi di sole o di calore o di freddo;
- j) le ernie 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 dell'Assicurato;
- o) gli infortuni derivanti dall'uso o guida di cicli, ciclomotori e motocicli di qualunque cilindrata, trattori e macchine agricole semoventi, veicoli a motore e natanti, a condizione che l'Assicurato in caso di guida sia in possesso, ove prescritto, di abilitazione alla guida medesima;
- p) gli infortuni causati da forze della natura compresi terremoto, maremoto, eruzione vulcanica, alluvioni, inondazioni, frane, smottamenti, straripamenti, maree, mareggiate, neve, valanghe, slavine, grandine;
- q) gli infortuni causati da influenze termiche ed atmosferiche;
- r) gli infortuni derivanti da abuso di alcolici. Tale estensione di garanzia non si applica ai soggetti Assicurati durante lo svolgimento delle proprie mansioni professionali per conto della Contraente, ed

in ogni caso non si applica a tutti i soggetti Assicurati, per gli infortuni subiti alla guida di veicoli a motore e/o natanti in genere;

- s) gli infortuni subiti nel corso di partecipazione a seguito di mobilitazione o per adesione volontaria al servizio di protezione civile;
- t) gli infortuni conseguenti a colpi di sonno;
- u) gli infortuni e le malattie professionali conseguenti all'uso e/o detenzione a scopo diagnostico e terapeutico di sostanze radioattive naturali o artificiali;
- v) 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.2 – Estensioni di garanzia

A. Spese di trasporto a carattere sanitario

La garanzia è estesa al rimborso, fino al limite di € 5.000,00, delle spese sostenute dall'Assicurato in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza per i costi eventualmente sostenuti per il trasporto dal luogo dell'infortunio ad un Istituto di Cura attrezzato, il trasporto tra Istituti di Cura e dall'Istituto di Cura al domicilio dell'Assicurato.

B. Rientro sanitario

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

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

La garanzia è estesa al rimborso delle spese sostenute per il rimpatrio della salma dell'Assicurato, in caso di decesso a seguito di infortunio o malattia che lo colpiscano nel corso di una missione, gita o viaggio disposto dal Contraente direttamente od indirettamente, fino al luogo di sepoltura e ciò fino alla concorrenza di € 5.000,00.

D. Danni estetici

Si conviene che in caso di infortunio non escluso dalle Condizioni della presente polizza, che produca conseguenze di carattere estetico, ma che non comporti indennizzo a titolo di invalidità permanente o di riduzione dell'efficienza estetica, 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.

E. Rischio aeronautico

L'assicurazione comprende gli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei effettuati in qualità di passeggero di velivoli ed elicotteri eserciti da società di traffico regolare, esclusivamente durante il trasporto di passeggeri, ed è prestata per le somme corrispondenti a quelle assicurate con la presente polizza e per rischi da essa previsti. Agli effetti della garanzia il viaggio aereo si intende iniziato nel momento in cui l'assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso.

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

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

- € 2.000.000,00 = per il caso di invalidità permanente
- € 2.000.000,00 = per il caso morte

per persona e di:

- € 10.000.000,00.= per il caso di invalidità permanente
- € 10.000.000,00.= per il caso di morte

complessivamente per aeromobile.

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

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

F. 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.

G. Rischio sportivo

Limitatamente agli assicurati per i quali è operante l'estensione ai rischi extraprofessionali, la garanzia è estesa agli infortuni derivanti dalla pratica non professionale di qualsiasi sport, ad eccezione di quelli elencati nell'articolo denominato "Esclusioni".

H. Malattie tropicali

L'assicurazione si intende estesa alle malattie tropicali che potessero contrarre le persone assicurate. Per malattie tropicali si devono intendere: Amebiasi, Bilharziosi, Dermotifo, Dissenteria batterica, Febbre itteroemoglobinurica, Meningite cerebro-spinale epidemica, Vaiolo, Febbre ricorrente africana, Infezione malarica perniciosa. L'estensione è subordinata alla circostanza che gli Assicurati si trovino in buone condizioni di salute e che siano stati preventivamente sottoposti alle prescritte pratiche di profilassi. L'Assicurazione è soggetta all'applicazione di una franchigia relativa del 15%: resta pertanto convenuto che non si farà luogo ad indennizzo per l'Invalidità Permanente quando questa sia di grado non superiore al 15% della totale; se invece l'Invalidità Permanente supera il 15% della totale, l'indennizzo verrà liquidato secondo quanto previsto dalle condizioni di polizza. Il periodo massimo utile per provvedere alla valutazione definitiva del danno indennizzabile a norma della presente estensione, viene fissato in due anni dalla denuncia della malattia. Per tale estensione di garanzia la somma assicurata per la Invalidità Permanente si intende stabilita in € 250.000,00.

I. Responsabilità del contraente

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

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

J. Commorienza

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

K. Ernie traumatiche e da sforzo

A specificazione di quanto disposto a tale proposito all'Art 1 (Oggetto della copertura), si conviene che l'assicurazione comprende, limitatamente ai casi di Invalidità Permanente e di Inabilità Temporanea, ove prevista, le ernie da causa violenta, con l'intesa che:

- nel caso di ernia addominale operata o operabile viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 2% della somma assicurata;
- nel caso di ernia addominale operata o operabile viene riconosciuto l'indennizzo per il solo caso di Inabilità Temporanea fino ad un massimo di 30 giorni;
- nel caso di ernia addominale non operabile secondo parere medico, viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 10% (dieci per cento) della somma assicurata;
- nel caso di ernia del disco intervertebrale viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 2% della somma assicurata;

Qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio medico, di cui all'Art. 4 - Controversie – della Sezione 4.

Art.3 – Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni occorsi:

1. in occasione di eventi direttamente connessi allo stato di guerra dichiarata o non dichiarata, salvo quanto previsto all'articolo denominato "Rischio guerra";
2. durante la guida e l'uso di mezzi di locomozione aerea e la guida di mezzi subacquei, salvo quanto previsto all'articolo denominato "Rischio Aeronautico";
3. da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non rese necessarie da infortunio indennizzabile;
4. in conseguenza di dolo o di azioni delittuose dell'Assicurato;
5. sotto influenza di stupefacenti, psicofarmaci ed allucinogeni assunti volontariamente fatto salvo se dietro prescrizione medica;
6. da stato di ubriachezza alla guida di veicoli o natanti a motore in genere;

7. alla guida di veicoli o natanti a motore in genere qualora non sia mai stata conseguita la relativa abilitazione alla guida;
8. in conseguenza diretta od indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
9. dalla pratica dei seguenti sport: paracadutismo e sport aerei in genere, immersioni con autorespiratore, gare con utilizzo di veicoli o natanti a motore (salvo i raduni automobilistici e gare di regolarità pura) nonché relative prove ed allenamenti, alpinismo e arrampicata libera oltre il terzo grado eseguiti senza accompagnamento di Guida professionista, Istruttore del Club Alpino Italiano o comunque riconosciuto da altro Club Alpino Nazionale.

Art.4 – Persone escluse dall'assicurazione o non assicurabili

Non sono coperte dalla presente polizza:

1. fatto salvo patto speciale, le persone di età superiore a ottant'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;
2. indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcoolismo e tossicodipendenza. L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi.

Sezione 4 – Operatività della polizza infortuni

Art.1 – Casi assicurati

L'assicurazione vale per i casi assicurati di seguito elencati.

A ciascun caso assicurato si applicano le singole garanzie e le somme assicurate rispettivamente previste per ciascuna categoria di assicurati come previsto nella successiva Sezione 5.

A. MORTE

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

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

B. MORTE PRESUNTA

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

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.

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

C. INVALIDITA' PERMANENTE

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

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

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

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

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.

Invalidità Permanente Grave

In caso di valutazione della Invalidità Permanente di grado pari o superiore al 75%, verrà liquidata una somma pari al 100% della somma assicurata.

D. DIARIA PER RICOVERO

La Società corrisponde, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza, l'indennità giornaliera indicata nella scheda della Sezione 5 per un massimo di 365 giorni, per ogni giorno di degenza, effettuato in Istituti di Cura pubblici, accreditati o privati in Italia o all'estero. Al fine del computo dei giorni di degenza, il giorno di entrata e quello di uscita sono computati come un singolo giorno. La diaria viene liquidata dietro presentazione di copia della cartella clinica completa di dichiarazione dell'Istituto di cura attestante la durata del ricovero.

E. 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, per le categorie e nei termini previsti alla Sez. 5, per un massimo di 365 giorni. Tale somma è cumulabile con le altre garanzie previste dalla presente polizza.

F. RIMBORSO SPESE MEDICHE

La Società, in caso d'infortunio rientrante nella garanzia prestata, anche se non determinante la morte, l'invalidità permanente o l'inabilità temporanea dell'Assicurato, rimborsa fino alla concorrenza del massimale assicurato: le spese e gli onorari sostenuti per prestazioni mediche e chirurgiche, accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio, accertamenti medico legali, terapie fisiche e trattamenti riabilitativi, acquisto di farmaci, tutori, presidi e protesi ortopediche ed oculari, cure odontoiatriche compresa la sola prima protesi.

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

Art. 2 - Denuncia del sinistro e relativi obblighi

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

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

Successivamente l'Assicurato deve 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 telefax e/o telegramma.

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

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

Art. 2 bis - Ispettorato di gestione e liquidazione dei sinistri.

La Società si impegna ad avere e mantenere per tutta la durata del contratto un Ispettorato di gestione e liquidazione dei sinistri nel Comune di Trento.

Art.3 – Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio può avere esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

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

Art.4 – Controversie

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

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

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

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

Art.5 – Liquidazione dell'indennità

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

Art. 6 - Anticipo indennizzo

In caso di infortunio che provochi un'invalidità permanente sicuramente superiore al 30%, l'Assicurato ha facoltà di richiedere un anticipo indennizzo.

Tale richiesta può essere presentata trascorsi almeno 30 giorni dall'inoltro della denuncia di infortunio e la Società, entro i 90 giorni successivi, provvederà ad erogare un importo pari al 50% della somma che, sulla base delle stime preliminari effettuate dai medici, risulterà al momento liquidabile. Quando esistono giustificati dubbi sull'entità o sull'indennizzabilità del danno non si potrà dare luogo all'erogazione di anticipi. L'importo degli eventuali anticipi erogati verrà detratto dalla liquidazione definitiva del danno.

Art. 1 – Categorie assicurate

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

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

A. - COMMISSIONI VALANGHE

Infortuni subiti dai componenti delle Commissioni Locali per le Valanghe, durante lo svolgimento dei compiti e funzioni loro affidati, che consistono - oltre che in quelli di natura consultiva nei confronti del Sindaco per i provvedimenti che lo stesso dovrà adottare in relazione ai fenomeni nivo-meteorologici e dal pericolo di caduta di valanghe su centri abitati, opere ed impianti pubblici - in funzioni di controllo nell'ambito territoriale del Comune cui fanno capo, in ordine alla stabilità del manto nevoso e quindi al pericolo delle valanghe.

Detti controlli si esplicano anche mediante ricognizioni sul posto. Il periodo dell'anno in cui le Commissioni svolgono la loro attività prevalente va dal 15 novembre al 31 maggio dell'anno successivo, senza peraltro escludere l'operatività nel rimanente periodo dell'anno.

Capitali assicurati

Garanzia	Somme Assicurate
Morte	€ 260.000,00
Invalidità permanente	€ 260.000,00
Inabilità temporanea	26,00
Diaria da ricovero	52,00
Rimborso Spese Mediche	€ 5.200,00

Calcolo premio anticipato

Il premio anticipato è calcolato su n. 232 Componenti delle Commissioni Valanghe

Regolazione

Sulla base del numero effettivo dei componenti delle Commissioni Locali per le Valanghe.

B. - UTENTI DEL SISTEMA EDUCATIVO PROVINCIALE

Infortunati che l'Assicurato subisca durante la frequenza scolastica e la partecipazione alle attività istituzionalmente organizzate dagli Istituti scolastici, dai Comprensori e/o dai Comuni, senza eccezione alcuna. Rientrano nella presente categoria gli studenti del sistema educativo provinciale che alla conclusione dell'anno scolastico e formativo frequentato abbiano un'età non superiore ai venti anni e rientranti nelle tipologie di seguito elencate:

1. i bambini e le bambine che frequentano la scuola dell'infanzia provinciale ed equiparata;
2. gli studenti residenti in Provincia di Trento che frequentano le istituzioni scolastiche e formative del Sistema Educativo Provinciale;
3. gli studenti non residenti in Provincia di Trento che frequentano anche temporaneamente le istituzioni scolastiche e formative del Sistema Educativo Provinciale.

La copertura assicurativa riguarda specificatamente i seguenti rischi:

1. infortuni sofferti durante la frequenza dei percorsi di istruzione e formazione professionale, nonché durante la partecipazione a manifestazioni ed attività, previste dalla programmazione educativa di carattere culturale, sportivo e ricreativo, organizzate direttamente dall'istituzione scolastica e formativa o da altri soggetti, ovvero presso imprese, ivi compreso il tragitto e l'eventuale trasporto da casa alla sede di svolgimento delle predette attività e manifestazioni e viceversa;
2. infortuni sofferti nell'ambito del servizio di mensa e, limitatamente agli studenti della formazione professionale, di convitto;
3. infortuni sofferti da studenti portatori di handicap frequentanti centri educativi o terapeutici, che utilizzano servizi di trasporto istituiti ai sensi dell'art. 12 della L.P. 9 luglio 1993, n. 16.

Qualora gli studenti del Sistema Educativo partecipino a stage aziendali, tirocini formativi oppure periodi di vacanza studio organizzati dalle istituzioni frequentate, la copertura assicurativa è garantita per l'intera durata dell'evento e 24 ore su 24.

Capitali assicurati per gli Utenti del Sistema Educativo Provinciale

Garanzia	Somme Assicurate
Morte	€ 150.000,00
Invalità permanente	€ 150.000,00
Diaria da ricovero	52,00
Rimborso Spese Mediche	€ 5.200,00

Capitali assicurati per gli Utenti del Sistema Educativo Provinciale rientranti nel Fondo Sociale Europeo (FSE)

Garanzia	Somme Assicurate
Morte	€ 260.000,00
Invalità permanente	€ 260.000,00
Diaria da ricovero	52,00
Rimborso Spese Mediche	€ 5.200,00

Calcolo premio anticipato

Il premio anticipato è calcolato su n. 86.000 alunni e su n. 1.000 ulteriori partecipanti al progetto **FSE**.

In deroga all'art. 4 Sezione 2 il premio annuo per la categoria Utenti del Sistema Educativo Provinciale è frazionato in due rate semestrali.

Regolazione

Sulla base del numero effettivo degli alunni iscritti.

Termini per la denuncia dei sinistri

A parziale deroga di quanto previsto all'art. 2 della Sez. 4, il termine per la denuncia dei sinistri si intende aumentato a mesi 6 (sei).

La denuncia dovrà essere corredata dal certificato medico attestante l'infortunio attestante l'infortunio rilasciato al momento dell'accadimento e dall'ulteriore certificazione medica attestante la presumibile esistenza di postumi invalidanti derivanti dall'infortunio stesso, postumi che potranno essere accertati nei termini previsti dall'art. 3 della Sez. 4.

Il termine previsto al precedente primo comma sarà applicato anche alla garanzia Rimborso spese mediche da infortunio, per la quale il Contraente procederà ad inoltrare la denuncia soltanto per le spese sostenute, documentate e rimborsabili di importo superiore alla franchigia per sinistro contrattualmente prevista.

Invalidità permanente:

La garanzia è prestata per il capitale assicurato al punto 2, con l'applicazione di una franchigia assoluta del 3%.

Rimborso spese mediche da infortunio

Ad integrazione di quanto previsto dall'art. 1 della Sez. 4, lett. F) si intendono compresi in garanzia:

1. il rimborso delle spese sostenute per la sostituzione di occhiali o lenti a contatto danneggiate durante l'attività scolastica a seguito di infortunio, sino ad un massimo di € 520,00 per Assicurato, con il limite di € 155,00 per la montatura; limitatamente alla presente garanzia – in deroga al successivo capoverso inerente la franchigia apposta alle altre fattispecie di “*Rimborso spese mediche da infortunio*” – si applica una franchigia pari ad € 70,00 per sinistro;
2. il rimborso delle spese dentarie e per apparecchi ortodontici e/o protesi in genere, con il limite per sinistro di € 2.600,00; in alternativa al rimborso delle spese dentarie e/o per apparecchi ortodontici sostenute e documentate, qualora la cura non possa essere immediatamente effettuata e/o si protragga nel tempo, è possibile optare per un indennizzo forfettario pari a € 1.000,00 per ogni dente rotto, scheggiato o comunque danneggiato a seguito dell'infortunio, fermo il limite di indennizzo di € 2.600,00.

☐ La garanzia *Rimborso spese mediche da infortunio* è prestata con l'applicazione di una franchigia di € 70,00 per sinistro.

Diaria da ricovero

La garanzia è prestata nei termini previsti dall'art. 1 della sez.4 lett. D), con l'applicazione di una franchigia di 3 (tre) giorni.

C. - MINORI ED ADULTI IN AFFIDO

Oggetto dell'Assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato (minori ed adulti) subisca durante il periodo di accoglimento e/o affidamento (24 ore su 24) promosso per iniziativa del Servizio Età Evolutiva, Genitorialità e Centro per l'Infanzia della Provincia Autonoma di Trento.

S'intende compreso il rischio *in itinere*.

Capitali assicurati

L'assicurazione è prestata per ciascuna persona per i capitali di seguito indicati.

Garanzia	Somme Assicurate
Morte	€ 260.000,00
Invalidità permanente	€ 260.000,00
Diaria da ricovero	52,00
Rimborso Spese Mediche	€ 5.200,00

Calcolo premio anticipato

Il premio anticipato è calcolato su n. 306 persone.

Regolazione

Sulla base del numero effettivo dei Minori ed Adulti in affido.

Rimborso spese mediche da infortunio

Ad integrazione di quanto previsto dall'art. 1 della Sez. 4, lett. F), si intendono compresi in garanzia:

1. il rimborso delle spese sostenute per la sostituzione di occhiali o lenti a contatto danneggiate durante l'attività scolastica a seguito di infortunio, sino ad un massimo di € 520,00 per Assicurato, con il limite di € 155,00 per la montatura;
2. il rimborso delle spese dentarie e per apparecchi ortodontici e/o protesi in genere, con il limite per sinistro di € 2.600,00; in alternativa al rimborso delle spese dentarie e/o per apparecchi ortodontici sostenute e documentate, qualora la cura non possa essere immediatamente effettuata e/o si protragga nel tempo, è possibile optare per un indennizzo forfettario pari a € 1.000,00 per ogni dente rotto, scheggiato o comunque danneggiato a seguito dell'infortunio, fermo il limite di indennizzo di € 2.600,00.

La garanzia *Rimborso spese mediche da infortunio* è prestata con l'applicazione di una franchigia di € 50,00 per sinistro.

Diaria da ricovero

La garanzia è prestata nei termini previsti dall'art. 1 della sez.4 lett. D), con l'applicazione di una franchigia di 2 (due) giorni.

D. - GIOVANI IN SERVIZIO CIVILE

Oggetto dell'Assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato (giovani in servizio civile) subisca durante il servizio civile (24 ore su 24) promosso per iniziativa della Provincia Autonoma di Trento.

S'intende compreso il rischio *in itinere*.

Capitali assicurati

L'assicurazione è prestata per ciascuna persona per i capitali di seguito indicati.

Garanzia	Somme Assicurate
Morte	€ 260.000,00
Invalidità permanente	€ 260.000,00
Diaria da ricovero	52,00
Rimborso Spese Mediche	€ 5.200,00

Calcolo premio anticipato

Il premio anticipato è calcolato su n. 227 persone.

Regolazione

Sulla base del numero effettivo di Giovani in Servizio Civile.

Rimborso spese mediche da infortunio

Ad integrazione di quanto previsto dall'art. 1 della Sez. 4, lett. F), si intendono compresi in garanzia:

1. il rimborso delle spese sostenute per la sostituzione di occhiali o lenti a contatto danneggiate durante l'attività scolastica a seguito di infortunio, sino ad un massimo di € 520,00 per Assicurato, con il limite di € 155,00 per la montatura;
2. il rimborso delle spese dentarie e per apparecchi ortodontici e/o protesi in genere, con il limite per sinistro di € 2.600,00; in alternativa al rimborso delle spese dentarie e/o per apparecchi ortodontici sostenute e documentate, qualora la cura non possa essere immediatamente effettuata e/o si protragga nel tempo, è possibile optare per un indennizzo forfettario pari a € 1.000,00 per ogni dente rotto, scheggiato o comunque danneggiato a seguito dell'infortunio, fermo il limite di indennizzo di € 2.600,00.

La garanzia *Rimborso spese mediche da infortunio* è prestata con l'applicazione di una franchigia di € 50,00 per sinistro.

Diaria da ricovero

La garanzia è prestata nei termini previsti dall'art. 1 della sez.4 lett. D), con l'applicazione di una franchigia di 2 (due) giorni.

E. - BAMBINI OSPITI DEL CENTRO PER L'INFANZIA

Oggetto dell'Assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato (bambini ospiti del centro per l'infanzia) subisca durante il periodo di assistenza da parte del Centro per l'Infanzia della Provincia Autonoma di Trento (24 ore su 24).

Capitali assicurati

L'assicurazione è prestata per ciascuna persona per i capitali di seguito indicati.

Garanzia	Somme Assicurate
Morte	€ 260.000,00
Invalidità permanente	€ 260.000,00
Diaria da ricovero	52,00
Rimborso Spese Mediche	€ 5.200,00

Calcolo premio anticipato

Il premio anticipato è calcolato su n. 36 bambini .

Regolazione

Sulla base del numero effettivo di bambini.

Rimborso spese mediche da infortunio

Ad integrazione di quanto previsto dall'art. 1 della Sez. 4, lett. F), si intendono compresi in garanzia:

1. il rimborso delle spese sostenute per la sostituzione di occhiali o lenti a contatto danneggiate durante l'attività scolastica a seguito di infortunio, sino ad un massimo di € 520,00 per Assicurato, con il limite di € 155,00 per la montatura;
2. il rimborso delle spese dentarie e per apparecchi ortodontici e/o protesi in genere, con il limite per sinistro di € 2.600,00; in alternativa al rimborso delle spese dentarie e/o per apparecchi ortodontici sostenute e documentate, qualora la cura non possa essere immediatamente effettuata e/o si protragga nel tempo, è possibile optare per un indennizzo forfettario pari a € 1.000,00 per ogni dente rotto, scheggiato o comunque danneggiato a seguito dell'infortunio, fermo il limite di indennizzo di € 2.600,00.

La garanzia *Rimborso spese mediche da infortunio* è prestata con l'applicazione di una franchigia di € 50,00 per sinistro.

Diaria da ricovero

La garanzia è prestata nei termini previsti dall'art. 1 della sez.4 lett. D), con l'applicazione di una franchigia di 2 (due) giorni.

F - PROGETTI SPECIALI

Oggetto dell'Assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni, che l'Assicurato (partecipanti ai progetti di mobilità formativo/esperienziale promossi dall'Autorità di Gestione del Fondo Sociale Europeo dalla Provincia Autonoma di Trento con contributo finanziario comunitario, ed ai progetti a cofinanziamento Erasmus, Regione Trentino Alto Adige, Fondo Sociale Europeo e Provincia Autonoma di Trento) subisca, durante l'intero progetto (24 ore su 24).

S'intende compreso il rischio *in itinere*.

Capitali assicurati

L'assicurazione è prestata per ciascuna persona per i capitali di seguito indicati.

Garanzia	Somme Assicurate
Morte	€ 260.000,00
Invalidità permanente	€ 260.000,00
Diaria da ricovero	52,00
Rimborso Spese Mediche	€ 5.200,00

Calcolo premio anticipato

Il premio anticipato è calcolato su n. 10.000 giornate formative.

Regolazione

Sulla base del numero effettivo di giornate formative, con premio per persona per ogni giornata formativa.

Rimborso spese mediche da infortunio

Ad integrazione di quanto previsto dall'art. 1 della Sez. 4, lett. F), si intendono compresi in garanzia:

1. il rimborso delle spese sostenute per la sostituzione di occhiali o lenti a contatto danneggiate durante l'attività scolastica a seguito di infortunio, sino ad un massimo di € 520,00 per Assicurato, con il limite di € 155,00 per la montatura;
2. il rimborso delle spese dentarie e per apparecchi ortodontici e/o protesi in genere, con il limite per sinistro di € 2.600,00; in alternativa al rimborso delle spese dentarie e/o per apparecchi ortodontici sostenute e documentate, qualora la cura non possa essere immediatamente effettuata e/o si protragga nel tempo, è possibile optare per un indennizzo forfettario pari a € 1.000,00 per ogni dente rotto, scheggiato o comunque danneggiato a seguito dell'infortunio, fermo il limite di indennizzo di € 2.600,00.

La garanzia *Rimborso spese mediche da infortunio* è prestata con l'applicazione di una franchigia di € 50,00 per sinistro.

Diaria da ricovero

La garanzia è prestata nei termini previsti dall'art. 1 della sez.4 lett. D), con l'applicazione di una franchigia di 2 (due) giorni.

G. - DDETTI IMPIANTI A FUNE E PISTE DI SCI**Oggetto dell'Assicurazione**

L'Assicurazione vale per gli Infortuni subiti dagli Assicurati (dipendenti incaricati a qualunque titolo della vigilanza tecnica e sorveglianza degli impianti a fune e delle piste di sci) nell'esercizio del loro incarico, compreso il rischio itinere.

Capitali assicurati

L'assicurazione è prestata per ciascuna persona per i capitali di seguito indicati.

Garanzia	Somme Assicurate
Morte	€ 260.000,00
Invalidità permanente	€ 260.000,00

Calcolo premio anticipato

Il premio anticipato è calcolato su n. 14 persone

Regolazione

Sulla base del numero effettivo delle persone.

H. - ADDETTI CARRO PONTE

Oggetto dell'Assicurazione

L'Assicurazione vale per gli infortuni subiti dagli Assicurati (persone non dipendenti del Contraente) che, in numero massimo di tre persone alla volta possono trovarsi sul carro ponte BARIN Mod. ABC 10, montato su autocarro, durante operazioni di verifica e controllo dei ponti stradali.

L'utilizzo del carro ponte è previsto per un numero non superiore ai 60 giorni/anno

Capitali assicurati

L'assicurazione è prestata per ciascuna persona per i capitali di seguito indicati.

Garanzia	Somme Assicurate
Morte	€ 520.000,00
Invalidità permanente	€ 520.000,00
Inabilità temporanea	€ 52,00

Calcolo premio

Il premio anticipato è calcolato su n. 3 persone

Regolazione

La categoria non è soggetta a regolazione premio.

Condizioni valide per la presente categoria – Franchigie

Sulla parte di somma assicurata sino a € 260.000,00, l'indennità per invalidità permanente è dovuta senza applicazione di franchigie.

Sulla parte in eccesso a € 260.000,00 non è dovuta alcuna indennità per invalidità permanente pari o inferiore al 5%.

Per inabilità temporanea è prevista una franchigia di 5 giorni e un massimo di 60 giorni.

I. - PERSONALE ADDETTO AL SERVIZIO CASSA ED ECONOMATO

Oggetto dell'Assicurazione

La presente copertura opera in caso di infortunio conseguente ad aggressione o violenza a scopo di rapina o estorsione, anche all'esterno degli uffici della Contraente.

Capitali assicurati

L'assicurazione è prestata per ciascuna persona per i capitali di seguito indicati.

Garanzia	Somme Assicurate
Morte	€ 260.000,00
Invalidità permanente	€ 260.000,00

Calcolo premio

Il premio anticipato è calcolato su un numero complessivo di n. 68 persone, così ripartite:

- UMSE per il coordinamento della finanza degli enti del sistema finanziario pubblico provinciale, 3 persone;
- Servizio Catasto, 51 persone;
- Castello del Buonconsiglio, 14 persone.

Regolazione

Sulla base del numero effettivo delle persone.

J. - GUIDATORI E TRASPORTATI

Oggetto dell'Assicurazione

L'Assicurazione è valida per i guidatori ed i trasportati degli automezzi costituenti il parco autoveicoli di proprietà del Contraente.

Il trasporto di persone è limitato a soggetti che a qualunque titolo operino per conto della Provincia Autonoma di Trento; le garanzie di polizza si intendono operanti in caso di infortuni subiti dai trasportati, con esclusione dei danni derivanti dalla circolazione stradale.

Capitali assicurati

L'assicurazione è prestata per ciascuna persona per i capitali di seguito indicati.

Garanzia	Somme Assicurate
Morte	€ 260.000,00
Invalidità permanente	€ 260.000,00
Inabilità temporanea	€ 52,00
Diaria da ricovero a seguito di infortunio	€ 52,00

Calcolo premio

Il premio anticipato è calcolato su n. 1.058 mezzi di proprietà del Contraente.

Regolazione

Sulla base del numero effettivo dei mezzi.

K. - MEDICI TIROCINANTI

Oggetto dell'Assicurazione

L'Assicurazione è valida per gli infortuni che gli assicurati possono subire durante lo svolgimento del tirocinio teorico- pratico per la formazione in medicina generale ai sensi del decreto legislativo 368/99 e s.m., compreso il rischio in itinere.

Capitali assicurati

L'assicurazione è prestata per ciascuna persona per i capitali di seguito indicati.

Garanzia	Somme Assicurate
Morte	€ 260.000,00
Invalidità permanente	€ 260.000,00

Calcolo premio

Il premio anticipato è calcolato su n. 52 persone.

Regolazione

Sulla base del numero effettivo di persone.

L. - DANNI ARRECATI DA DALL'ORSO BRUNO

Sottocategoria Conducente e trasportati

Oggetto dell'Assicurazione

La garanzia prestata dalla presente polizza vale esclusivamente per gli infortuni subiti dai conducenti e trasportati dei veicoli come conseguenza diretta dell'investimento dell'orso bruno lungo le strade comunali, provinciali e statali, escluse le autostrade, della Provincia Autonoma di Trento.

Sono in garanzia, solo se conseguenti all'investimento dell'orso bruno, anche i danni alla persona derivanti da urto contro corpi fissi o mobili, la collisione con qualsiasi veicolo, il ribaltamento e l'uscita di strada.

Riferimenti normativi

Rif. Deliberazione G.P. n.1370 del 7 Luglio 2006

Capitali assicurati

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

Garanzia	Somme Assicurate
Morte	€ 200.000,00
Invalità permanente	€ 150.000,00

Sottocategoria Danni arrecati direttamente dall'orso bruno all'integrità fisica delle persone

Oggetto dell'Assicurazione

La garanzia prestata dalla presente polizza vale per gli infortuni causati direttamente dall'orso bruno all'integrità fisica delle persone.

Riferimenti normativi

Rif. Deliberazione G.P. n.2296 del 3 Novembre 2006

Capitali assicurati

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

Garanzia	Somme Assicurate
Morte	€ 260.000,00
Invalità permanente	€ 260.000,00

Franchigia	Somme Assicurate
Franchigia per invalidità permanente	Nessuna franchigia

Calcolo premio anticipato e regolazione

La presente categoria non è soggetta a regolazione premio

In deroga all'art. 4 Sezione 2 il premio annuo per tale categoria è frazionato in due rate semestrali.

Denuncia del sinistro e dei relativi obblighi

Fermo restando l'obbligo di inoltrare denuncia al titolare della gestione del territorio interessato, anche tramite il personale addetto alla vigilanza venatoria (art. 26 della L.P. n. 24/1991) al verificarsi dell'investimento il beneficiario ai sensi dell'art. 2 presenta domanda, a pena di decadenza, entro 30 giorni lavorativi dalla data dell'investimento al Servizio competente in materia di fauna della Provincia Autonoma di Trento. Nel caso di lesioni arrecate dall'orso bruno il danneggiato, per motivi di sicurezza e incolumità pubblica, e per gli accertamenti del caso, denuncia il danno al servizio competente nell'immediatezza del fatto o comunque appena possibile. La domanda di indennizzo può essere presentata entro 30 giorni.

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 alla Società, entro il 30° giorno lavorativo dall'infortunio o dal momento in cui la Contraente ne abbiano avuto la possibilità.

1) La richiesta di indennizzo, per conducente e trasportati, è corredata dalla seguente documentazione:

- a) copia della carta di circolazione e del foglio di possesso attestanti il diritto di proprietà o di altro diritto reale sul veicolo
- b) verbale di incidente redatto dai soggetti di cui all'art.12 del decreto legislativo 30 Aprile 1992, n. 285, o da personale appartenente al Corpo Forestale Provinciale, qualora intervenuti sul luogo del sinistro;
- c) dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà attestante le circostanze di fatto del sinistro, da cui risulti la data e l'ora del sinistro, la dinamica del medesimo e l'indicazione della circostanza dell'aver richiesto l'intervento dell'autorità di cui alla precedente lettera b), e dell'impossibilità di quest'ultima di intervenire sul posto;
- d) eventuali rilievi fotografici o ogni altro documento idoneo a ricostruire il fatto ed i danni prodotti dall'investimento;
- e) attestazione che il titolare non è titolare di polizze assicurative per i danni alle cose oggetto della domanda di indennizzo;
- f) attestazione di non avere beneficiato di provvidenze pubbliche per i danni che formano oggetto della domanda di indennizzo;
- g) fatture per spese mediche o trattamenti sanitari ed eventuali cartelle cliniche o perizie medico legali attestanti le lesioni subite;
- h) in caso di lesioni mortali, certificato di morte e certificazione della qualità di erede o avente causa del deceduto;
- i) dichiarazione di rinuncia all'azione civile e di risarcimento danni nei confronti della pubblica amministrazione nonché dei dipendenti della medesima.

2) La richiesta di indennizzo per i danni arrecati direttamente dall'orso bruno all'integrità fisica delle persone è corredata dalla seguente documentazione:

- a) dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà attestante le circostanze del sinistro, la data, la ora e le dinamiche dello stesso;
- b) fatture per spese mediche o trattamenti sanitari;

- c) cartelle cliniche o certificato medico attestante le lesioni subite;
d) in caso di lesioni mortali, certificato di morte e certificazione della qualità di erede o avente causa del deceduto;
e) dichiarazione di rinuncia all'azione civile e di risarcimento danni nei confronti della pubblica amministrazione nonché dei dipendenti della medesima.
In ogni caso, 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.

Art. 2 – Calcolo del premio

Il premio, **comprese imposte**, risulta così determinato:

Cat.	Descrizione	Parametro	Premio per parametro	Premio complessivo
A	Commissioni Valanghe	n. 232 component i	€	€
B	Utenti del Sistema Educativo Provinciale	n. 86.000	€	€
	Utenti del Sistema Educativo Provinciale rientranti nel Fondo Sociale Europeo (FSE)	n. 1000	€	€
C	Minori ed Adulti in affido	n. 306 persone	€	€
D	Giovani in servizio civile	n. 227 persone	€	€
E	Bambini ospiti del Centro per l'infanzia	n. 36 bambini	€	€
F	Progetti speciali	n. 10.000 giornate formative/ esperenzial i	€	€
G	Addetti impianti a fune e piste di sci	n. 14 persone	€	€

Cat.	Descrizione	Parametro	Premio per parametro	Premio complessivo
H	Addetti carro ponte	n. 3 persone	€	€
I	Personale addetto al Servizio Cassa ed Economato	n. 68 persone	€	€
J	Guidatori e trasportati	n. 1.058 mezzi	€	€
K	Medici tirocinanti	n. 52 persone	€	€
L	Danni arrecati dall'orso bruno		€	€

SCOMPOSIZIONE DEL PRE MIO

Premio imponibile	annuo	€
Imposte		€
Totale		€

Art. 3 – Limiti per evento catastrofale

La massima esposizione della Società per uno o più sinistri durante la medesima annualità assicurativa o periodo assicurativo non potrà superare € 20.000.000.

Il Contraente

.....
.....

La Società

.....
.....

Mod_art.28_c.3_GDPR “Disciplinare dei trattamenti effettuati dal Responsabile del trattamento”

ALLEGATO AL CAPITOLATO SPECIALE D'APPALTO – approvato con provvedimento a contrarre relativo alla procedura CIG N. [REDACTED] e recante oggetto: Lotto 5) INFORTUNI CATEGORIE VARIE

ISTRUZIONI CONFERITE DAL TITOLARE DEL TRATTAMENTO (Provincia Autonoma di Trento)

AL RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO (Appaltatore)

PER DISCIPLINARE I TRATTAMENTI SVOLTI DAL RESPONSABILE

Premesso che:

- il Regolamento UE 2016/679 (di seguito, il Regolamento) “si applica al trattamento dei dati personali effettuato nell'ambito delle attività (...) di un Responsabile del trattamento nell'Unione, indipendentemente dal fatto che il trattamento sia effettuato o meno nell'Unione”;
- ai sensi dell'art. 28, paragrafo 1, del Regolamento, “Qualora un trattamento debba essere effettuato per conto del Titolare, quest'ultimo ricorre unicamente a Responsabili del trattamento che presentino garanzie sufficienti per mettere in atto misure tecniche e organizzative adeguate in modo tale che il trattamento soddisfi i requisiti del Regolamento e garantisca la tutela dei diritti dell'interessato”;
- ai sensi dell'art. 29 del Regolamento, “Il Responsabile del trattamento, o chiunque agisca sotto la sua autorità, che abbia accesso a dati personali non può trattare tali dati se non è istruito in tal senso dal Titolare...”;
- ai sensi dell'art. 28, paragrafo 3, del Regolamento, inoltre, “I trattamenti da parte di un Responsabile del trattamento sono disciplinati da un contratto o da altro atto giuridico, che vincoli il Responsabile del trattamento al Titolare e che stipuli la materia disciplinata e la durata del trattamento, la natura e la finalità del trattamento, il tipo di dati personali e le categorie di interessati, gli obblighi e i diritti del Titolare del trattamento”;
- ai sensi dell'art. 31 del Regolamento, “...il Responsabile del trattamento... coopera..., su richiesta, con l'Autorità di controllo...”;
- ai sensi dell'art. 82, paragrafo 2, del Regolamento, il “Responsabile del trattamento risponde per il danno causato dal trattamento se non ha adempiuto gli obblighi del Regolamento specificatamente diretti ai Responsabili del trattamento o ha agito in modo difforme, o contrario, rispetto alle istruzioni impartite dal Titolare del trattamento”;
- l'Appaltatore con la stipula del contratto di appalto si obbliga a garantire misure tecniche e organizzative adeguate in modo tale che il trattamento soddisfi i requisiti del Regolamento, in forza di quanto previsto al considerando n. 81 del Regolamento;

Tutto ciò premesso si disciplina che:

Art. 1 - Dando atto che, ai sensi e per gli effetti dell'art. 28 del Regolamento, con la stipula del contratto di appalto (di seguito, il “Contratto”) la **Provincia autonoma di Trento**, in qualità di “Titolare del trattamento” (di seguito, il “Titolare”), nomina **l'Appaltatore** “Responsabile del trattamento” (di seguito, il “Responsabile”), riconoscendolo idoneo ad assumere tale ruolo, il Titolare impartisce, di seguito, le istruzioni e gli obblighi disciplinari che il Responsabile dovrà osservare a riguardo dei trattamenti effettuati per conto del Titolare in

ragione dell'appalto. Il Responsabile, pertanto, si impegna al rigoroso rispetto – con la diligenza di cui all'art. 1176, comma 2, del Codice Civile – della predetta normativa comunitaria, della relativa disciplina nazionale, nonché delle prescrizioni dell'Autorità di controllo. Ferma ogni ulteriore responsabilità nei confronti del Titolare, resta inteso che ogni forma di determinazione delle finalità e/o dei mezzi del trattamento da parte del Responsabile comporta l'assunzione, da parte dello stesso, della qualifica di Titolare del trattamento, con ogni ulteriore conseguenza.

Art. 2 - I dati personali trattati dal Responsabile concernono sia i dati c.d. “comuni” che i c.d. dati sensibili di cui all'art. 4, nn. 13), 14), 15) e articolo 9, i c.d. dati giudiziari di cui all'art. 10 del Regolamento conformemente alla disciplina contenuta nel D.lgs. n. 51/2018; le categorie di interessati coinvolti nel trattamento riguardano tutti i beneficiari delle polizze (ad es. tutti i dipendenti provinciali, i privati cittadini in conseguenza delle competenze attribuite alla Provincia Autonoma di Trento, ecc.).

Il Responsabile si obbliga a trattare i dati personali soltanto su istruzione documentata del Titolare; in particolare, in relazione al Contratto, il Responsabile potrà trattare i dati esclusivamente per finalità di gestione assicurativa dei beneficiari delle polizze e potrà effettuare, con o senza strumenti automatizzati, soltanto le seguenti operazioni di trattamento: raccolta, registrazione, organizzazione, strutturazione, conservazione, adattamento o modifica, estrazione, consultazione, uso, comunicazione mediante trasmissione, limitazione, cancellazione o distruzione.

Qualora la normativa, comunitaria o nazionale, imponesse al Responsabile il trasferimento di dati personali verso un Paese terzo o un'organizzazione internazionale, lo stesso Responsabile informerà il Titolare di tale obbligo giuridico prima del relativo trasferimento, salvo che la normativa in questione vieti tale informazione per rilevanti motivi di interesse pubblico.

Il Responsabile informerà immediatamente il Titolare qualora, a suo parere, un'istruzione violasse il Regolamento o altre disposizioni, nazionali o dell'Unione, relative alla protezione dei dati.

Il Responsabile è consapevole ed accetta che i propri dati personali possano essere pubblicati sul sito istituzionale o sulla bacheca del Titolare per finalità di trasparenza nei confronti degli interessati.

Art. 3 – In ogni fase e per ogni operazione del trattamento, il Responsabile dovrà garantire il rispetto dei principi comunitari (ad esempio, di privacy by design e by default) e nazionali in ambito di protezione dei dati personali e, in particolare, quelli di cui agli artt. 5 e 25 del Regolamento. In particolare, il Responsabile dovrà:

a) garantire che le persone che trattano dati personali siano state specificamente autorizzate, adeguatamente istruite e si siano impegnate alla riservatezza, o abbiano un adeguato obbligo legale di riservatezza;

b) adottare tutte le misure richieste ai sensi dell'articolo 32 del Regolamento.

In caso di trattamento con strumenti automatizzati, il Responsabile garantisce di aver adottato misure di sicurezza analoghe e non inferiori al livello “alto” di cui alla circolare Agid n. 2/2017 (Misure minime di sicurezza ICT per le pubbliche amministrazioni) e successive modifiche e integrazioni;

c) assistere il Titolare con misure tecniche e organizzative adeguate, al fine di soddisfare l'obbligo del Titolare di dare seguito alle richieste per l'esercizio dei diritti dell'interessato (Capo III del Regolamento), nonché informare tempestivamente il Titolare dei reclami eventualmente presentati dagli interessati;

d) mettere a disposizione del Titolare tutte le informazioni necessarie per dimostrare il rispetto degli obblighi del Contratto, consentendo e contribuendo alle attività di revisione, comprese le ispezioni, realizzate dal Titolare, dal suo Data Privacy Officer, o da un altro soggetto a ciò deputato;

e) assistere il Titolare nel garantire il rispetto degli obblighi di cui agli articoli da 32 a 36 del Regolamento. In particolare, relativamente alla predisposizione della “valutazione di impatto” (“Data privacy impact assessment”, di cui agli artt. 35 e 36 del Regolamento), nel caso in cui il Responsabile fornisse al Titolare gli strumenti/applicativi informatici e/o gestisce gli stessi strumenti/applicativi informatici del Titolare, lo stesso sarà tenuto a predisporre ed aggiornare l’analisi dei rischi (probabilità di violazione della sicurezza) degli strumenti/applicativi informatici, comunicandola al Titolare, adottando i criteri di valutazione forniti da quest’ultimo. Con riferimento ai casi di data breach (di cui agli artt. 33 e 34 del Regolamento), nel caso in cui gli strumenti/applicativi informatici del Titolare fossero forniti o gestiti dal Responsabile, quest’ultimo è sin d’ora delegato dal Titolare, accettando tale delega senza costi aggiuntivi, ad effettuare la relativa notifica all’Autorità di controllo e la comunicazione ai relativi interessati qualora la violazione riguardasse gli strumenti/applicativi informatici stessi; tali adempimenti dovranno essere effettuati previa valutazione, con la struttura provinciale direttamente coinvolta, degli elementi della violazione e delle necessarie conseguenti azioni da intraprendere. Il Responsabile, inoltre, è tenuto a comunicare immediatamente al Titolare (struttura competente in materia di protezione dei dati personali), non appena venuto a conoscenza dell’evento, ogni data breach che potrebbe ragionevolmente riguardare i dati personali che tratta per conto del Titolare;

f) nei casi prescritti dall’art. 37 del Regolamento, oltre che nelle fattispecie in cui tale adempimento sia raccomandato nelle specifiche Linee Guida del Gruppo di Lavoro Art. 29, provvedere alla nomina del Data Privacy Officer (di seguito, “DPO”), nel rispetto dei criteri di selezione stabiliti dallo stesso Regolamento, dalle relative Linee Guida del Gruppo di Lavoro Art. 29, nonché dalle indicazioni fornite dalla Autorità di controllo, garantendo il rispetto delle prescrizioni di cui all’art. 38, anche allo scopo di consentire al medesimo DPO l’effettivo adempimento dei compiti di cui art. 39 del Regolamento;

g) provvedere alla designazione per iscritto del/degli Amministratore/i di Sistema secondo i criteri di individuazione e selezione previsti dall’Autorità di controllo con provvedimento dd. 27/11/2008 e s.m.i., conservando l’elenco degli stessi Amministratori, verificandone annualmente l’operato ed adottando sistemi idonei alla registrazione dei relativi accessi logici (da conservare con caratteristiche di inalterabilità e integrità per almeno per 6 mesi). Qualora l’attività degli stessi Amministratori di Sistema riguardasse, anche indirettamente, servizi o sistemi che trattano, o che permettono il trattamento, di informazioni di carattere personale dei dipendenti del Titolare, comunicare a quest’ultimo l’identità degli Amministratori di Sistema (provvedendo a dare idonea informativa, ex art. 13 del Regolamento, agli stessi Amministratori);

h) provvedere alla predisposizione del Registro delle attività del trattamento nei termini di cui all’art. 30 del Regolamento, mettendolo tempestivamente a disposizione del Titolare, o dell’Autorità di controllo, in caso di relativa richiesta;

i) comunicare, al Titolare, i nominativi di riferimento per l’esecuzione del Contratto, nonché il nominativo dell’eventuale DPO;

j) alla scadenza del Contratto (ivi compresi i casi di risoluzione o recesso), o al più al termine dell’esecuzione delle relative attività/prestazioni e, quindi, delle conseguenti operazioni di trattamento, fatta salva una diversa

determinazione del Titolare, il Responsabile dovrà provvedere alla cancellazione (ivi comprese ogni eventuale copia esistente) dei dati personali in oggetto (dandone conferma scritta al Titolare), a meno che la normativa comunitaria o nazionale ne preveda la conservazione ed escluda ogni altra forma di conservazione anche per finalità compatibili. In caso di trattamento con modalità automatizzate, il Responsabile garantisce che, su richiesta del Titolare e senza costi aggiuntivi, prima di effettuare la cancellazione predetta potrà effettuare la trasmissione sicura dei dati personali ad altro soggetto, in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, beninteso qualora il destinatario sia attrezzato a riceverli.

Art. 4 - Il Responsabile non ricorrerà ad altro ulteriore Responsabile del trattamento (di seguito il “sub-Responsabile”) senza previa autorizzazione scritta, specifica o generale, del Titolare. Nel caso di autorizzazione scritta generale, il Responsabile informerà il Titolare di eventuali modifiche riguardanti l'aggiunta o la sostituzione di ulteriori sub-Responsabili, dando così al Titolare l'opportunità di opporsi a tali modifiche. In ogni caso, qualora il Responsabile ricorresse ad un sub-Responsabile per l'esecuzione di specifiche attività di trattamento per conto del Titolare, dovrà sottoscrivere, con tale sub-Responsabile, un contratto (o altro atto giuridico vincolante) analogo, nel contenuto, al presente disciplinare – stipulato in forma scritta, anche in formato elettronico – imponendo a quest'ultimo gli stessi obblighi in materia di protezione dei dati contenuti nel presente disciplinare (e in ogni altro atto giuridico o addendum intervenuto tra le Parti) e prevedendo, in particolare, garanzie sufficienti per mettere in atto misure tecniche e organizzative adeguate in modo tale che il trattamento soddisfi i requisiti del Regolamento, nonché della relativa disciplina nazionale.

Qualora i dati personali fossero trasferiti verso Paesi terzi ovvero organizzazioni internazionali, il Responsabile dovrà garantire il rispetto delle condizioni di cui agli art. 44 e ss. del Capo V del Regolamento. Resta inteso che, laddove il sub-Responsabile ometta di adempiere ai propri obblighi in materia di protezione dei dati, il Responsabile sarà ritenuto integralmente responsabile nei confronti del Titolare dell'adempimento degli obblighi del sub-Responsabile.

Art. 5 – In caso azione di risarcimento civile, o responsabilità amministrativa, promossa nei confronti del Titolare per i danni provocati, o le violazioni commesse dal Responsabile a seguito di inadempienze normative o contrattuali, il Responsabile stesso manleva integralmente il Titolare, ogni eccezione rimossa. Analogamente, il Responsabile manleva integralmente il Titolare, ogni eccezione rimossa, in caso di applicazione di sanzioni da parte dell'Autorità di controllo per inadempienze normative o contrattuali commesse dallo stesso Responsabile.

Art. 6 – Il presente disciplinare è parte integrante e sostanziale del Capitolato speciale d'appalto allegato al Contratto in oggetto; pertanto, avrà termine lo stesso giorno in cui si avrà la conclusione dell'appalto stesso, o per intervenuta scadenza naturale o per risoluzione anticipata o per recesso.

Art. 7 – Sarà possibile modificare il presente disciplinare solo per giustificati motivi, da formalizzare con apposito provvedimento amministrativo adottato dal medesimo organo che ha assunto il provvedimento a contrarre, esclusivamente riguardante le modifiche del disciplinare e non anche altri aspetti del contratto d'appalto.

Sono considerati giustificati motivi i soli eventi sopravvenuti e imprevedibili rispetto al momento dell'attivazione della procedura di affidamento dell'appalto, che incidono sulla materia di protezione delle persone fisiche nel trattamento dei dati personali, in particolare, sull'aggiornamento delle misure attuative di protezione adottate.

Per ogni modifica del presente disciplinare, successiva alla stipula ed in corso di validità del Contratto a cui accede il disciplinare stesso, si procederà mediante scambio di corrispondenza, secondo gli usi commerciali, del

provvedimento che contiene l'approvazione delle modifiche riguardanti esclusivamente la materia del presente disciplinare.