

Trentino Digitale S.p.A.

Lotto n. 4 – Infortuni dirigenti e dipendenti

LOTTO N. 4

POLIZZA DI ASSICURAZIONE INFORTUNI DIRIGENTI E DIPENDENTI

CIG 7643970398

stipulata tra

TRENTINO DIGITALE SPA

VIA G. GILLI, N. 2

38121 Trento (TN)

P.IVA 00990320228

(di seguito denominata Contraente/Assicurato)

e la

.....

(di seguito denominata Società)

**Periodo di assicurazione: dalle ore 24.00 del 31.12.2018
alle ore 24.00 del 31.12.2021**

**senza clausola di tacito
rinnovo alla scadenza finale.**

Scadenza annua: 31.12

INDICE

NORME CHE REGOLANO LA GESTIONE DEL CONTRATTO	5
ART. 1 - DEFINIZIONI	5
ART. 2 - ALTRE ASSICURAZIONI	6
ART. 3 - DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE - PAGAMENTO E REGOLAZIONE DEL PREMIO	6
ART. 4 - DURATA ED EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE	6
ART. 5 - REVISIONE DEI PREZZI E DI ALTRE CLAUSOLE CONTRATTUALI	7
ART. 6 - ONERI FISCALI	7
ART. 7 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE	7
ART. 8 - ESTENSIONE TERRITORIALE	7
ART. 9 - CLAUSOLA BROKER	7
ART. 10 - TRACCIABILITÀ FLUSSI FINANZIARI	7
ART. 11 - RECESSO DAL CONTRATTO IN CASO DI SINISTRO - RINUNCIA	8
ART. 12 - FORO COMPETENTE	8
ART. 13 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE	8
ART. 14 - COASSICURAZIONE - RAGGRUPPAMENTO D'IMPRESA	8
ART. 15 - CLAUSOLA DI RECESSO	9
ART. 16 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO/BUONA FEDE	9
ART. 17 - VARIAZIONI DEL RISCHIO	9
ART. 18 - INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO	10
ART. 19 - VALIDITÀ ESCLUSIVA DELLE NORME DATTILOSCRITTE	10
ART. 20 - SUBAPPALTO	10
ART. 21 - GARANZIA DEFINITIVA	10
ART. 22 - DISPOSIZIONI ANTICORRUZIONE	11
ART. 23 - OBBLIGHI IN MATERIA DI LEGALITÀ	11
ART. 24 - OBBLIGO DELLA SOCIETÀ DI FORNIRE I DATI AFFERENTI L'ANDAMENTO DEL RISCHIO	12
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI	13

ART. 25 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	13
ART. 26 - RISCHI ESCLUSI	13
ART. 27 - RISCHIO VOLO	13
ART. 28 - LIMITE DI ETÀ	14
ART. 29 - ESTENSIONI TERRITORIALI	14
ART. 30 – DENUNCIA DEL SINISTRO E RELATIVI OBBLIGHI	14
ART. 31 - CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ	14
ART. 32 - MORTE	15
ART. 33 - INVALIDITÀ PERMANENTE	15
ART. 34 – MORTE PRESUNTA	19
ART. 35 - INABILITÀ TEMPORANEA	19
ART. 36 - DIARIA DA RICOVERO A SEGUITO DI INFORTUNIO	19
ART. 37 - LIQUIDAZIONE DELL'INDENNITÀ	20
ART. 38 - MODALITÀ DI VALUTAZIONE DEL DANNO - CONTROVERSIE	20
ART. 39 - ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI	20
ART. 40 - DIRITTO DI SURROGAZIONE	20
ART. 41 – DANNI ESTETICI	20
ART. 42 – RIENTRO SANITARIO (VALIDO IN ITALIA E ALL'ESTERO)	21
ART. 43 – RIMPATRIO DELLA SALMA (VALIDO IN ITALIA ED ALL'ESTERO)	21
ART. 44 - RISCHIO GUERRA	21
ART. 45 - RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO	21
ART. 46 – IDENTIFICAZIONE DELLE PERSONE ASSICURATE	21
ART. 47 - ESONERO DENUNCIA INFERMITÀ E DIFETTI FISICI	21
ART. 48 – ANTICIPAZIONE INDENNIZZO	21
ART. 49 – TERMINE DI PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO DOVUTO AI SENSI DI POLIZZA	22
ART. 50 - INVALIDITÀ PERMANENTE SUPERIORE AL 50%	22
ART. 51 - ASSICURAZIONE DEI DIRIGENTI	22
ART. 52 - ASSICURAZIONE IN BASE AI MULTIPLI DELLE RETRIBUZIONI	22

RISCHI COPERTI E CAPITALI ASSICURATI _____ **24**

1.CATEGORIA DIRIGENTI _____ **24**

2. CATEGORIA DIPENDENTI _____ **25**

NORME CHE REGOLANO LA GESTIONE DEL CONTRATTO

ART. 1 - Definizioni

Nel testo che segue si intendono:

- | | |
|---------------------------------|---|
| - per CONTRAENTE/
ASSICURATO | TRENTINO DIGITALE SPA
Via Gilli, 2
38121 Trento
P.IVA 00990320228 |
| - per Società: | l'impresa di assicurazione; |
| - per Assicurazione: | il contratto di assicurazione; |
| - per Polizza: | il documento che prova l'assicurazione; |
| - per Beneficiario: | il soggetto cui, in caso di morte dell'Assicurato, deve essere pagata la somma garantita; |
| - per Premio: | la somma dovuta alla Società; |
| - per Rischio: | la probabilità che si verifichi il sinistro; |
| - per Sinistro: | il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione; |
| - per Indennizzo: | la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro. |
| - per Broker: | il mandatario incaricato dalla Contraente per la gestione ed esecuzione del contratto, e riconosciuto dall'Impresa e cioè: Inser SpA. |

ART. 2 - Altre assicurazioni

Se sul medesimo rischio coesistono più assicurazioni, il Contraente o l'Assicurato è esonerato dall'obbligo di dare a ciascun assicuratore comunicazione degli altri contratti stipulati. In caso di sinistro il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori.

ART. 3 - Decorrenza dell'assicurazione - pagamento e regolazione del premio

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza, anche se il premio o la prima rata di premio possono essere pagati entro 120 giorni dalla decorrenza suddetta.

Previo comunicazione da parte di Trentino Digitale Spa dell'avvenuta aggiudicazione, il rischio si intende in copertura dalle ore 24 del giorno indicato nel capitolato di gara.

In deroga a quanto diversamente convenuto, si precisa che il termine di rispetto per il pagamento delle rate di premio successive alla prima viene elevato a 60 giorni. Se il Contraente non paga il premio, compreso il premio della prima rata dovuto al perfezionamento della polizza, o il premio delle rate successive l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 60° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

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

Poiché il premio è convenuto, in tutto o in parte, in base a elementi di rischio variabili, esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza, ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minor durata del contratto, secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio. A tale scopo, entro centoventi giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o della minor durata del contratto, il Contraente/Assicurato deve fornire alla Società i dati necessari e cioè l'indicazione degli elementi variabili contemplati in polizza.

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

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

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

ART. 4 - Durata ed effetto dell'assicurazione

La presente polizza viene stipulata per la durata di tre anni, con inizio dalle ore 24.00 del 31.12.2018 e scadenza alle ore 24.00 del 31.12.2021, senza possibilità di tacito rinnovo alla scadenza finale. La scadenza annuale è posta al 31.12 di ogni anno.

Le parti hanno comunque la facoltà di recedere dalla polizza a ogni scadenza annuale a partire dal 31.12.2019 con preavviso di 90 giorni con comunicazione a mezzo PEC da inviarsi almeno 180 (centottanta) giorni prima della suddetta scadenza.

E' inoltre facoltà del Contraente, con preavviso non inferiore a 30 (trenta) giorni antecedenti la scadenza ovvero in caso di legittimo recesso della Società, richiedere alla Società una proroga temporanea del presente contratto, finalizzata all'espletamento o al completamento delle procedure di aggiudicazione della nuova polizza.

La Società, a fronte della corresponsione del relativo rateo di premio, si impegna sin d'ora a prorogare in tal caso l'assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche per un periodo di 180 (centottanta) giorni decorrenti dalla scadenza

ART. 5 - Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali

Per i contratti di durata pluriennale, qualora si intenda chiedere la revisione del prezzo, sei mesi prima della scadenza dell'annualità, sulla base dei dati a disposizione da comunicare al Contraente, l'Assicuratore può segnalare al medesimo il verificarsi delle ipotesi di modifiche del rischio previsti all'Art. 17 (Variazioni del rischio) e richiedere motivatamente, ai sensi dell'art.106 del d.lgs. 50/2016, la revisione dei premi o delle condizioni contrattuali attinenti alle franchigie, agli scoperti o ai massimali assicurati.

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

ART. 6 - Oneri fiscali

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

ART. 7 - Modifiche dell'assicurazione

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

ART. 8 - Estensione territoriale

La validità dell'assicurazione è estesa al mondo intero.

ART. 9 - Clausola broker

Il Broker incaricato dall'Assicurato, ai sensi di legge e riconosciuto dall'impresa di assicurazioni per la gestione ed esecuzione della presente polizza è Inser Spa.

Il Contraente e la Società si danno reciprocamente atto che ogni comunicazione inerente all'esecuzione della presente assicurazione avverrà anche per il tramite del broker incaricato. Farà fede, ai fini della copertura assicurativa, la data di comunicazione ufficiale del broker all'impresa. I pagamenti saranno effettuati tramite il broker incaricato della gestione della polizza e tale procedura è accettata dall'impresa. Il pagamento eseguito in buona fede al Broker o ai suoi collaboratori, ai sensi dell'art. 118 del d.lgs. 209/2005 ha effetto liberatorio nei confronti del Contraente e conseguentemente impegna la Società a garantire la copertura assicurativa oggetto del contratto. Le commissioni riconosciute al Broker incaricato sono in misura del 3.89 %.

ART. 10 - Tracciabilità flussi finanziari

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

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

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

I. L'impresa (...), in qualità di subappaltatore/subcontraente dell'impresa (...) nell'ambito del contratto sottoscritto con Trentino Digitale Spa, identificato con il CIG n. 7643970398, assume tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'articolo 3 della legge 13 agosto 2010, n. 136 e successive modifiche.

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

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

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

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

Le parti stabiliscono espressamente che il contratto è risolto di diritto in tutti i casi in cui le transazioni siano state eseguite senza avvalersi di banche o della società Poste Italiane SPA attraverso bonifici su conti dedicati, destinati a registrare tutti i movimenti finanziari, in ingresso ed in uscita, in esecuzione degli obblighi scaturenti dal presente contratto. L'appaltatore comunica alla stazione appaltante gli estremi identificativi dei conti correnti bancari o postali, 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 l'appaltatore deve comunicare le generalità e il codice fiscale delle persone delegate ad operare su di essi. Le medesime prescrizioni valgono anche per i conti bancari o postali preesistenti, dedicati successivamente alle commesse pubbliche. In tal caso il termine decorre dalla dichiarazione della data di destinazione del conto alle commesse pubbliche.

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) n. 7643970398.

ART. 11 - Recesso dal contratto in caso di sinistro - rinuncia

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

ART. 12 - Foro competente

Il foro competente per qualsiasi controversia si intende quello di Trento, in quanto sede della Contraente.

ART. 13 - Rinvio alle norme di legge

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

ART. 14 - Coassicurazione - Raggruppamento d'impresa

Nel caso in cui il contratto di assicurazione sia ripartito per quote tra le Società indicate in polizza, in deroga al disposto dell'articolo 1911 del Codice Civile, tutte le Società sottoscrittrici del riparto di assicurazione sono responsabili in solido nei confronti del Contraente. Tutte le comunicazioni inerenti il contratto, ivi comprese quelle relative al recesso ed alla disdetta, debbono trasmettersi dall'una all'altra parte unicamente per il tramite della Società all'uopo designata quale Coassicuratrice Delegataria. Ogni comunicazione si intende fatta o ricevuta dalla Delegataria nel nome e per conto di tutte le Coassicuratrici. Ogni modificazione del contratto che richieda una nuova stipulazione scritta impegna ciascuna di esse dopo la firma dell'atto relativo anche da parte della sola Delegataria.

Nel caso in cui il presente contratto sia aggiudicato ad Associazione Temporanea di Impresa costituitisi in termini di legge, si deroga totalmente al disposto dell'art. 1911 del C.C., essendo tutte le Imprese sottoscrittrici responsabili in solido nei confronti del contraente aggiudicatore.

La delega assicurativa è assunta dalla Compagnia indicata dal raggruppamento di imprese quale mandataria.

Non è consentita l'associazione anche in partecipazione o di raggruppamento temporaneo di imprese concomitante o successivo all'aggiudicazione della gara.

ART. 15 - Clausola di recesso

In caso di mancato accordo ai sensi dell'Art. 4.1 (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 presentata dall'Assicuratore, ovvero, nei casi di cui al comma 2 del medesimo articolo, entro 30 (trenta) giorni dalla ricezione della controproposta del Contraente.

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

Il recesso non produce effetto in caso di mancata produzione dei dati di cui al successivo art. 24 (Obbligo dell'impresa di fornire periodicamente i dati afferenti l'andamento del rischio) riferiti fino al mese antecedente a quello di esercizio del recesso.

ALTRE NORME CHE DISCIPLINANO L'OPERATIVITA' DEL CONTRATTO**ART. 16 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio/buona fede**

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente/Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli artt. 1892 -1893 - 1894 C.C..

Nell'ipotesi di cui all'art. 1893, comma 1, del codice civile, in assenza di dolo o colpa grave, il diritto di recesso dell'Assicuratore potrà avvenire, fermo restando l'obbligo della dichiarazione da farsi al Contraente nei tre mesi successivi al giorno in cui l'Assicuratore ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, secondo la procedura di cui all' art. 5 (Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali) e con decorrenza del termine di cui al comma 2 dell'articolo di cui sopra dalla ricezione della relativa dichiarazione.

Tuttavia l'omissione, incompletezza o inesattezza delle dichiarazioni da parte del Contraente/Assicurato di circostanze eventualmente aggravanti il rischio, durante il corso della validità della presente polizza così come all'atto della sottoscrizione della stessa, non pregiudicano il diritto al completo indennizzo sempreché tali omissioni, incomplete o inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo dei legali rappresentanti del Contraente/Assicurato.

La Società rinuncia alle dichiarazioni inerenti ai sinistri avvenuti prima della decorrenza della presente assicurazione.

ART. 17 - Variazioni del rischio

Per variazione del rischio si intende qualsiasi modifica che determini una diversa probabilità di verificarsi di un sinistro ovvero una variazione delle sue conseguenze, non previste e non prevedibili, al momento della stipula del contratto come, a titolo esemplificativo, eventuali mutamenti significativi interni all'organizzazione.

Qualsiasi elemento intervenuto successivamente all'aggiudicazione del contratto, che comporti una variazione del rischio deve essere comunicato immediatamente, ovvero entro quindici giorni dell'intervenuta conoscenza, per iscritto all'Assicuratore. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dall'Assicuratore possono comportare la perdita totale o parziale dei diritti derivanti dalla presente polizza, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione (art. 1898 C.C.).

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

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

ART. 18 - Interpretazione del contratto

Si conviene fra le Parti che in caso di dubbia interpretazione delle norme contrattuali verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole al Contraente/Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di assicurazione.

ART. 19 - Validità esclusiva delle norme dattiloscritte

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

ART. 20 - Subappalto

In conformità a quanto previsto dall'art. 26 della legge provinciale n. 2/2016 e dall'art. 105 del D.Lgs. n. 50/2016, il subappalto è ammesso, entro il limite massimo del 30 % (trenta per cento) dell'importo complessivo del contratto.

L'appaltatore, al fine di poter procedere all'affidamento in subappalto, deve assoggettarsi agli ulteriori obblighi e adempimenti previsti dai sopracitati art. 26 della legge provinciale n. 2/2016 e art. 105 del D.Lgs. n. 50/2016, pena il diniego dell'autorizzazione al subappalto e le ulteriori conseguenze previste dalla legge nel caso di subappalto non autorizzato, nonché agli obblighi e adempimenti previsti dall'art. 3 della legge n. 136/2010, a pena di nullità assoluta.

Ai sensi di quanto previsto dall'art. 26, comma 6, della legge provinciale n. 2/2016, la Contraente procede al pagamento diretto al subappaltatore della parte degli importi delle prestazioni dallo stesso eseguite non contestata dall'appaltatore, in occasione dello stato di avanzamento.

L'elenco prodotto dall'appaltatore prima della stipula del contratto e recante l'indicazione di tutte le lavorazioni, con i relativi importi, che lo stesso intende affidare in conformità a quanto già dichiarato in sede di gara, nonché il nome, il recapito e i rappresentanti legali dei suoi subappaltatori e subcontraenti coinvolti nei lavori o nei servizi e sottoposti agli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari previsti dalla legge 13 agosto 2010, n. 136 (Piano straordinario contro le mafie, nonché delega al Governo in materia di normativa antimafia), se questi sono noti al momento della stipula del contratto, viene utilizzato dalla stazione appaltante per i controlli di competenza.

Ai sensi dell'art. 26, comma 3, della legge provinciale n. 2/2016, l'appaltatore deve comunicare alla Contraente le eventuali modifiche delle informazioni relative ai subappaltatori e subcontraenti sopravvenute rispetto a quanto comunicato ai fini della stipula del contratto, nonché le informazioni richieste per eventuali nuovi subappaltatori e subcontraenti coinvolti successivamente. La Contraente controlla i contratti stipulati dall'appaltatore con i subappaltatori e i subcontraenti, per le finalità della legge n. 136 del 2010, e ne verifica l'avvenuto pagamento tramite fatture quietanzate.

Si chiarisce che, per assolvere gli obblighi di cui ai precedenti commi 4 e 5, la Società deve comunicare alla Contraente i dati relativi a tutti i subcontratti stipulati per l'esecuzione dell'appalto, sottoposti agli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari previsti dalla legge 13 agosto 2010, n. 136, con il nome del subcontraente, l'importo del contratto, l'oggetto della prestazione affidata e la dichiarazione che non sussiste, nei confronti dell'appaltatore, alcun divieto previsto dall'articolo 67 del decreto legislativo n. 159 del 2011.

ART. 21 - Garanzia definitiva

Per la disciplina della garanzia definitiva si applica l'art. 103 del D.Lgs. n. 50/2016.

Qualora l'ammontare della garanzia dovesse ridursi per effetto dell'applicazione di penali o per qualsiasi altra causa, l'appaltatore deve provvedere al reintegro della stessa entro il termine di 10 (dieci) giorni di calendario dal ricevimento della relativa richiesta effettuata dalla stazione appaltante.

In caso di inadempimento alle obbligazioni previste nel comma precedente la reintegrazione si effettua a valere sui ratei di prezzo da corrispondere all'appaltatore.

Nel caso di integrazione del contratto, l'appaltatore deve modificare il valore della garanzia in misura proporzionale all'importo contrattualmente fissato nell'atto aggiuntivo, alle stesse condizioni di cui al presente articolo.

La garanzia, fatta salva la risarcibilità del maggior danno, dovrà prevedere espressamente le seguenti clausole:

- a) che trattasi di garanzia definitiva prestata ai sensi dell'art. 103 del D.Lgs. 18 aprile 2016, n. 50 e ss.mm. e ii. a copertura dell'adempimento di tutte le obbligazioni del contratto e del risarcimento dei danni derivanti dall'eventuale inadempimento delle obbligazioni stesse, nonché a garanzia del rimborso delle somme pagate in più all'esecutore rispetto alle risultanze della liquidazione finale, nonché delle ulteriori fattispecie di cui al comma 2 dell'articolo 103 del D. Lgs. n. 50/2016;
- b) la garanzia prestata ha efficacia fino alla data di emissione del certificato di verifica di conformità;
- c) la rinuncia al beneficio della preventiva escussione del debitore principale, nonché l'operatività della garanzia medesima entro quindici giorni, a semplice richiesta scritta della stazione appaltante;
- d) la rinuncia all'eccezione di cui all'articolo 1957, secondo comma, del codice civile;
- e) che l'eventuale mancato pagamento di commissioni, premi o supplementi del premio non potrà in nessun caso essere opposto al Contraente;
- f) che il Foro competente in caso di controversia fra il Garante e il Contraente è quello di Trento;
- g) condizioni ulteriori rispetto a quanto sopra indicato atte a limitare la garanzia, anche se riguardanti esclusivamente il rapporto tra garante e contraente (ad es. deposito cautelativo), o che pongano oneri a carico del Contraente, non potranno in ogni caso essere opposte alla medesima.

In attesa dell'emanazione del decreto ministeriale di cui all'art. 103, comma 9, del D.Lgs. n. 50/2016, è possibile continuare ad utilizzare lo Schema Tipo 1.2 e relativa Scheda Tecnica, approvato con D.M. 12 marzo 2004, n. 123, debitamente adeguato alla normativa vigente. A tal fine la Scheda Tecnica dovrà essere accompagnata da un'apposita appendice riportante le clausole di cui alle lettere a), b), d), f) e g) sopra elencate.

ART. 22 - Disposizioni anticorruzione

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

ART. 23 - Obblighi in materia di legalità

Fermo restando l'obbligo di denuncia all'Autorità giudiziaria, la società si impegna a segnalare tempestivamente alla contraente 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 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. 24 - Obbligo della società di fornire i dati afferenti l'andamento del rischio

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

- il numero del sinistro attribuito dall'Assicuratore;
- la data di accadimento dell'evento;
- la data della denuncia;
- la tipologia dell'evento;
- la descrizione dettagliata dell'evento;
- la sede di trattazione (stragiudiziale, giudiziale civile, giudiziale penale, accertamento tecnico non ripetibile);
- l'indicazione dello stato del sinistro secondo la seguente classificazione e con i dettagli di seguito indicati:
 - a) sinistro agli atti, senza seguito;
 - b) sinistro liquidato, in data _____ con liquidazione pari a € _____;
 - c) sinistro aperto, in corso di verifica con relativo importo stimato pari a € _____;

In caso di mancato rispetto di quanto previsto al comma 1 nel presente articolo, in assenza di adeguate motivazioni legate a causa di forza maggiore, l'Assicuratore dovrà corrispondere al Contraente un importo pari allo 0,3‰ (per mille) del premio annuo complessivo per ogni giorno solare di ritardo.

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

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

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

ART. 25 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione vale per gli infortuni descritti nella sezione "Rischi coperti e capitali assicurati".

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

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

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

Sono considerati infortuni anche i seguenti eventi:

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

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

- durante la guida e/o uso di autoveicoli, imbarcazioni o motocicli di qualsiasi cilindrata;
- per imprudenze, negligenze o colpa grave, in stato di malore, incoscienza e vertigini;
- in occasione di rapine, attentati, sequestri, tumulti popolari, atti violenti od aggressioni in genere, con l'esclusione della partecipazione diretta dell'Assicurato agli eventi.

ART. 26 - RISCHI ESCLUSI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti:

- a) dalla guida di veicoli e natanti a motore, se l'assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- b) dall'uso, anche come passeggero, di aeromobili (compresi deltaplani ed ultra leggeri), salvo quanto disposto dall'art. 19 - Rischio volo;
- c) da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- d) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- e) da guerre o insurrezioni;
- f) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).

ART. 27 - RISCHIO VOLO

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

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

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

per persona:

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

per aeromobile:

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

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

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

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

ART. 28 - LIMITE DI ETÀ

Sono ammessi al beneficio dell'assicurazione tutti indistintamente gli Assicurati a prescindere dalle loro condizioni di salute e da eventuali pregresse minorazioni fisiche o mutilazioni delle quali gli Assicurati stessi risultassero affetti, restando comunque espressamente confermato quanto previsto dall'art. 31 - Criteri di indennizzabilità.

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

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

ART. 29 - ESTENSIONI TERRITORIALI

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

ART. 30 – DENUNCIA DEL SINISTRO E RELATIVI OBBLIGHI

La denuncia dell'infortunio dovrà contenere l'indicazione del luogo, del giorno e dell'ora dell'evento, nonché le cause che lo determinarono, dovrà essere corredata di certificato medico ed indirizzata al Broker incaricato oppure alla Società, entro 30 giorni lavorativi da quando ne ha avuto conoscenza l'Ufficio incaricato alla gestione delle polizze di assicurazione.

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 lettera, facsimile o altro mezzo documentabile.

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

ART. 31 - CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

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

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

ART. 32 - MORTE

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

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

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

ART. 33 - INVALIDITÀ PERMANENTE

a) Invalidità Permanente Assoluta

Se ad un infortunato in conseguenza di un infortunio verrà riconosciuta una invalidità permanente e questa si verificherà - anche successivamente alla scadenza di polizza - ma comunque entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquiderà per tale titolo e solo in questo caso una indennità calcolata sulla somma assicurata al momento dell'infortunio per l'invalidità permanente, come segue:

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

b) Invalidità Permanente Parziale

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

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

DESCRIZIONE	Percentuale		
	des.		sin.
Sordità completa di un orecchio		15%	
Sordità completa bilaterale		60%	
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio		35%	
Perdita anatomica o atrofica del globo oculare senza possibilità di applicazioni di protesi		40%	
Altre menomazioni della facoltà visiva (vedere relativa tabella)			
Stenosi nasale assoluta unilaterale		8%	
Stenosi nasale assoluta bilaterale		18%	
Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria:			
a) con possibilità di applicazione di protesi efficace		11%	
b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace		30%	
Perdita di un rene con integrità del rene superstite		25%	

Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica		15%	
Per la perdita di un testicolo non si corrisponde indennità			
Esiti della frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazione dei movimenti del braccio		5%	
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omeroale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola	50%		40 %
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omeroale con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola	40%		30 %
Perdita del braccio: a) per disarticolazione scapolo-omeroale b) per amputazione al terzo superiore	85% 80%		75 % 70 %
Perdita del braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75%		65 %
Perdita dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70%		60 %
Perdita di tutte le dita della mano	65%		55 %
Perdita del pollice e del primo metacarpo	35%		30 %
Perdita totale del pollice	28%		23 %
Perdita totale dell'indice	15%		13 %
Perdita totale del medio		12%	
Perdita totale dell'anulare		8%	
Perdita totale del mignolo		12%	
Perdita della falange ungueale del pollice	15%		12 %
Perdita della falange ungueale dell'indice	7%		6%
Perdita della falange ungueale del medio		5%	
Perdita della falange ungueale dell'anulare		3%	
Perdita della falange ungueale del mignolo		5%	
Perdita delle due ultime falangi dell'indice	11%		9%
Perdita delle due ultime falangi del medio		8%	
Perdita delle due ultime falangi dell'anulare		6%	
Perdita delle due ultime falangi del mignolo		8%	
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110° e 75° a) in semipronazione b) in pronazione c) in supinazione d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	30% 35% 45% 25%		25 % 30 % 40 % 20 %
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in flessione massima o quasi	55%		50

			%
--	--	--	---

DESCRIZIONE	Percentuale		
	des.		Sin.
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi			
a) in semipronazione	40%		35%
b) in pronazione	45%		40%
c) in supinazione	55%		50%
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	35%		30%
Anchilosi completa dell'articolazione radio-carpica in estensione rettilinea	18%		15%
Se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione			
a) in semipronazione	22%		18%
b) in pronazione	25%		22%
c) in supinazione	35%		30%
Anchilosi completa coxo-femorale con arto in estensione e in posizione favorevole		45%	
Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta		80%	
Che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi			
Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto		70%	
Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore quando non		65%	
Sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato			
Perdita di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un		55%	
Apparecchio articolato			
Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede		50%	
Perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarso		30%	
Perdita dell'alluce e corrispondente metatarso		16%	
Perdita totale del solo alluce		7%	
Per la perdita di ogni altro dito di un piede non si dà luogo ad alcuna indennità ma		3%	
Ove concorra la perdita di più dita ogni altro dito perduto è valutato il			
Anchilosi completa rettilinea del ginocchio		35%	
Anchilosi tibio-tarsica ad angolo retto		20%	
Semplice accorciamento di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri		11%	

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

TABELLA DI VALUTAZIONE DELLE MENOMAZIONI DELL'ACUTEZZA VISIVA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Questi massimi valgono anche se l'ernia è bilaterale.

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

In tutti gli altri casi la valutazione del grado di Invalidità Permanente sarà effettuata facendo riferimento alla Tabella allegata al D.P.R. del 30.06.1965 n.1124 (Settore Industria) con rinuncia alle franchigie relative stabilite, nonché alle successive eventuali modificazioni, con l'intesa che le percentuali indicate nella Tabella anzidetta vengano riferite ai capitali assicurati per il caso di invalidità permanente.

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

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

ART. 34 – MORTE PRESUNTA

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

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

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

ART. 35 - INABILITÀ TEMPORANEA

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

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

ART. 36 - DIARIA DA RICOVERO A SEGUITO DI INFORTUNIO

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

La diaria viene liquidata dietro presentazione di copia della cartella clinica completa di dichiarazione

dell'Istituto di cura attestante la durata del ricovero.

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

ART. 37 - LIQUIDAZIONE DELL'INDENNITÀ

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

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

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

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

ART. 38 - MODALITÀ DI VALUTAZIONE DEL DANNO - CONTROVERSIE

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

Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da esso designato, contribuendo per la metà delle spese e competenza per terzo medico. E' data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

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

ART. 39 - ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI

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

ART. 40 - DIRITTO DI SURROGAZIONE

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

ART. 41 – DANNI ESTETICI

Si conviene che in caso di infortunio non escluso dalle Condizioni della presente polizza, che produca conseguenze di carattere estetico, ma che non comporti risarcimento a titolo di invalidità permanente, la Società rimborserà comunque le spese documentate sostenute dall'Assicurato per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico, nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica, il tutto entro un limite massimo di € 5.000,00 per evento.

ART. 42 – RIENTRO SANITARIO (VALIDO IN ITALIA E ALL'ESTERO)

La garanzia è estesa al rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato in caso di infortunio o malattia che lo colpiscono nel corso di una missione di lavoro disposta dal Contraente e che rendano necessario il suo trasporto in ospedale attrezzato in Italia fino al limite di € 3.000,00 per persona assicurata.

ART. 43 – RIMPATRIO DELLA SALMA (VALIDO IN ITALIA ED ALL'ESTERO)

La garanzia è estesa al rimborso delle spese sostenute per il rimpatrio della salma dell'Assicurato, in caso di decesso a seguito di infortunio o malattia che lo colpiscano nel corso di una missione di lavoro disposta dal Contraente, fino al luogo di sepoltura e fino alla concorrenza di € 3.000,00 per persona assicurata.

ART. 44 - RISCHIO GUERRA

A parziale deroga dell'art.19 – Rischio volo, la garanzia vale anche per gli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata), per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero.

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

ART. 45 - RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO

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

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

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

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

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

ART. 46 – IDENTIFICAZIONE DELLE PERSONE ASSICURATE

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

ART. 47 - ESONERO DENUNCIA INFERMITÀ E DIFETTI FISICI

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

ART. 48 – ANTICIPAZIONE INDENNIZZO

In tutti i casi in cui l'infortunio dia luogo ad una invalidità permanente, la Compagnia assicuratrice si obbliga a riconoscere all'assicurato, dietro presentazione dei documenti giustificativi e previa visita da parte del medico fiduciario della Compagnia assicuratrice stessa, un'anticipazione parziale per

l'indennizzo, e ciò non prima che siano trascorsi 90 (novanta) giorni dal giorno dell'evento infortunistico. L'anticipazione ha luogo nel caso in cui il grado di invalidità permanente superi l'aliquota del 10% (dieci per cento) ed è limitata nella misura massima di un terzo dell'indennizzo valutabile allo stato, con riserva di successiva revisione e conguaglio.

ART. 49 – TERMINE DI PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO DOVUTO AI SENSI DI POLIZZA

Il pagamento sull'indennizzo si effettua:

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

–

ART. 50 - INVALIDITA' PERMANENTE SUPERIORE AL 50%

Qualora in conseguenza di un infortunio, l'Assicurato riporti una l'invalidità permanente di grado superiore al 50% , la somma assicurata per il caso di Invalidità permanente verrà liquidata al 100% .

ART. 51 - ASSICURAZIONE DEI DIRIGENTI

A deroga delle Norme di Assicurazione, la garanzia vale per i dirigenti in servizio, qualunque ne siano l'età o le condizioni fisiche o di salute. Agli effetti di tale estensione il Contraente tuttavia dichiara che i dirigenti da ritenersi assicurati sono in grado di svolgere normalmente le mansioni loro affidate e non presentano alcuna manifestazione morbosa che possa farli ritenere affetti da una qualsiasi delle malattie professionali.

Si intendono comunque qui espressamente confermati i criteri di indennizzabilità di cui all'art. 4 delle Norme di Assicurazione infortuni.

Si considera infortunio professionale l'evento previsto come tale dal D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124.

Per i casi di invalidità permanente che riducano di almeno il 50% la capacità lavorativa del dirigente assicurato, valutati in base alla tabella allegato 1 del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 e con i criteri dell'art. 4 della Sezione A, che rendano obiettivamente impossibile la prosecuzione del rapporto di lavoro o la costituzione di un rapporto simile presso altra Azienda anche eventualmente con una diversa utilizzazione del dirigente in occupazioni confacenti alle sue attitudini, verrà corrisposto un indennizzo pari al 100% del capitale assicurato per il caso di Invalidità Permanente totale.

La garanzia s'intende prestata anche per le malattie professionali riconosciute, per l'attività esercitata dal contraente, dal D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 e successive modificazioni. A tale riguardo il contraente dichiara che all'atto del perfezionamento del presente contratto le persone da ritenersi assicurate non presentano alcuna manifestazione morbosa riferibile alle predette malattie.

Resta confermata l'esclusione delle conseguenze dirette e indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche.

ART. 52 - ASSICURAZIONE IN BASE AI MULTIPLI DELLE RETRIBUZIONI

L'assicurazione vale per il personale alle dipendenze del Contraente appartenente alle categorie specificate ed é prestata per ciascuna persona per le somme indicate.

Si considerano come retribuzione al lordo delle ritenute, oltre allo stipendio, tutti gli elementi costitutivi della retribuzione aventi carattere continuativo, ivi compresi le provvigioni, i premi di produzione ed ogni altro compenso ed indennità anche se non di ammontare fisso, con l'esclusione di quanto

corrisposto a titolo di rimborso spese e di emolumenti di carattere eccezionale.

Fanno parte della retribuzione anche l'equivalente del vitto e dell'alloggio eventualmente dovuti al dipendente nella misura convenzionalmente

concordata, le partecipazioni agli utili e le gratifiche non consuetudinarie e gli aumenti di gratifica pure non consuetudinari, corrisposti in funzione del favorevole andamento aziendale, nonché l'ammontare degli aumenti corrisposti a titolo di meccanismo di variazione automatica.

Per la liquidazione delle indennità è considerata retribuzione annua dell'infortunato quella percepita per i titoli di cui sopra nel mese precedente quello in cui si è verificato l'infortunio, moltiplicata per 12; a tale ammontare si aggiungeranno le somme relative a retribuzioni - ai sensi del precedente articolo - non pagabili ricorrentemente in ciascun mese e corrisposte effettivamente all'infortunato nei dodici mesi precedenti, purché su tali somme sia conteggiato o sia conteggiabile il premio di assicurazione.

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per la identificazione di tali persone, per la determinazione delle somme assicurate e per il computo del premio si fa riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione del Contraente, libri che questi si obbliga a esibire in qualsiasi momento insieme ad ogni altro documento probatorio in suo possesso, a semplice richiesta delle persone incaricate dalla Società di fare accertamenti e controlli.

Durante il servizio militare di leva in tempo di pace o durante il servizio sostitutivo dello stesso, come pure durante i periodi di aspettative non retribuiti, l'assicurazione resta sospesa.

Alla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o della minor durata del contratto, il Contraente deve fornire per iscritto alla Società o all'intermediario abilitato, 90 giorni dalla richiesta, l'ammontare complessivo delle retribuzioni erogate al personale assicurato, affinché la Società stessa possa procedere alla regolazione del premio definitivo.

Le differenze attive o passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate entro 90 giorni dalla relativa comunicazione effettuata dalla Compagnia o dall'Agenzia..

La mancata comunicazione, da parte del Contraente, dei dati occorrenti per la regolazione costituisce presunzione di una differenza attiva a favore della Società. Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti o il pagamento della differenza attiva dovuta, gli eventuali sinistri verranno indennizzati in proporzione diretta al rapporto tra premio versato a deposito e l'intero premio dovuto (deposito più conguaglio), restando direttamente a carico dell'Assicurato l'importo differenziale del sinistro, che l'Assicurato si impegna a rimborsare alla Compagnia entro 30 giorni dall'avvenuta transazione, pena la sospensione della garanzia.

Non si darà luogo ad indennizzi in proporzione qualora gli elementi variabili di cui sopra non diano origine ad una differenza attiva per la Società

CONTRAENTE/ASSICURATO

.....

SOCIETA'

.....

RISCHI COPERTI E CAPITALI ASSICURATI

1.CATEGORIA DIRIGENTI

OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione vale per gli infortuni professionali ed extraprofessionali subiti dagli Assicurati: Dirigenti della Contraente, compreso il rischio in itinere.

CAPITALI ASSICURATI

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

Morte	5 volte la R.A.L. con il massimo di € 1.250.000,00
Invalità Permanente	6 volte la R.A.L. con il massimo di € 1.500.000,00
Rimborso spese mediche da infortunio	€ 5.000,00

Premio anticipato: calcolato su preventivo retribuzioni € 1.000.000,00

Regolazione: sulla base delle retribuzioni a consuntivo

Tasso annuo lordo: °/°°

Premio annuo lordo: €

BENEFICIARI

Eredi legittimi o testamentari

FRANCHIGIE

Nessuna

Si prende atto che il premio annuo lordo è così suddiviso:

Rischi Professionali 50%

Rischi Extraprofessionali 50%

2. CATEGORIA DIPENDENTI

OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione vale per gli infortuni professionali ed extraprofessionali subiti dagli Assicurati: dipendenti tutti esclusi dirigenti

CAPITALI ASSICURATI

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

Morte	5 volte la R.A.L. con il massimo di € 362.000,00
Invalità Permanente	6 volte la R.A.L. con il massimo di € 434.000,00
Rimborso spese mediche da infortunio	€ 5.000,00

Premio anticipato: calcolato su preventivo retribuzioni € 11.000.000,00

Regolazione: sulla base delle retribuzioni a consuntivo

Tasso annuo lordo: ‰

Premio annuo lordo: €

BENEFICIARI

Eredi legittimi o testamentari

FRANCHIGIE

3% per infortuni extraprofessionali

Si prende atto che il premio annuo lordo è così suddiviso:

Rischi Professionali 50%

Rischi Extraprofessionali 50%

CONTRAENTE/ASSICURATO

.....

SOCIETA'

.....

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

art. 11 Recesso dal contratto in caso di sinistro - Rinuncia

art. 12 Foro competente.

art. 38 Modalità di valutazione del danno – Controversie

CONTRAENTE/ASSICURATO

SOCIETA'

.....

.....