

REGIONE SICILIANA
DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE PUBBLICA E DEL PERSONALE

Capitolato
Polizza di Assicurazione
Infortuni Cumulativa

Lotto n. 2

CIG 8936797E2C

ASSICURAZIONE

Il contratto di assicurazione come definito dall'art. 1882 cc. e/o la garanzia data con il contratto.

CONTRAENTE

Regione Siciliana - Dipartimento Regionale della Funzione Pubblica e del Personale.

ASSICURATO

Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione, ovvero i soggetti, dipendenti e non, autorizzati a svolgere adempimenti di servizio alla guida del mezzo di trasporto di proprietà o in uso all'Ente o del proprio mezzo di trasporto privato.

SOCIETA'

L'Impresa assicuratrice.

INFORTUNIO

Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produce lesioni corporali obiettivamente constatabili.

INFORTUNIO PROFESSIONALE

Quello verificatosi durante lo svolgimento delle occupazioni professionali principali ed accessorie dichiarate.

INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO

Perdita o diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione svolta.

INABILITA TEMPORANEA

Temporanea incapacità ad attendere alle occupazioni professionali svolte.

BROKER

Marsh S.p.A.

Art. 1 – DURATA DEL CONTRATTO (opzione base)

L'Assicurazione è stipulata per la durata di 24 mesi, con effetto dalle ore 24.00 del 30/12/2021 (o dalla diversa data che sarà indicata dal Contraente, ma non oltre 180 giorni decorrenti dal termine ultimo di presentazione dell'offerta) e scadenza alle ore 24.00 del 30/12/2023, con la seguente rateazione:

- prima rata dalle ore 24.00 del 30/12/2021 alle ore 24.00 del 30/12/2022;
- seconda rata dalle ore 24.00 del 30/12/2022 alle ore 24.00 del 30/12/2023.

L'assicurazione non è soggetta a tacito rinnovo, pertanto alla sua naturale scadenza sarà priva di effetto.

E' facoltà del Contraente richiedere alla Società:

- una proroga temporanea finalizzata all'espletamento od al completamento delle procedure di aggiudicazione della nuova assicurazione; tale facoltà può essere esercitata una o più volte ma comunque per un periodo massimo di 6 mesi complessivamente decorrenti dalla scadenza o cessazione (tutti i casi di cessazione, anche anticipata) del contratto). La Società, a fronte della corresponsione del relativo rateo di premio che verrà conteggiato sulla base di 1/365 del premio annuale per ogni giorno di copertura, si impegna sin d'ora a prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche.

Resta ferma la facoltà di ognuna delle parti di rescindere il contratto ad ogni scadenza annuale con lettera raccomandata da inviarsi almeno 120 giorni prima della suddetta scadenza.

Art. 1 – DURATA DEL CONTRATTO (opzione migliorativa - vale 10 punti)

L'Assicurazione è stipulata per la durata di 24 mesi, con effetto dalle ore 24.00 del 30/12/2021 (o dalla diversa data che sarà indicata dal Contraente, ma non oltre 180 giorni decorrenti dal termine ultimo di presentazione dell'offerta) e scadenza alle ore 24.00 del 30/12/2023, con la seguente rateazione:

- prima rata dalle ore 24.00 del 30/12/2021 alle ore 24.00 del 30/12/2022;
- seconda rata dalle ore 24.00 del 30/12/2022 alle ore 24.00 del 30/12/2023.

L'assicurazione non è soggetta a tacito rinnovo, pertanto alla sua naturale scadenza sarà priva di effetto.

E' facoltà del Contraente richiedere alla Società:

- una proroga temporanea finalizzata all'espletamento od al completamento delle procedure di aggiudicazione della nuova assicurazione; tale facoltà può essere esercitata una o più volte ma comunque per un periodo massimo di 6 mesi complessivamente decorrenti dalla scadenza o cessazione (tutti i casi di cessazione, anche anticipata) del contratto). La Società, a fronte della corresponsione del relativo rateo di premio che verrà conteggiato sulla base di 1/365 del premio annuale per ogni giorno di copertura, si impegna sin d'ora a prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche.

Resta ferma la facoltà di ognuna delle parti di rescindere il contratto ad ogni scadenza annuale con lettera raccomandata da inviarsi almeno 120 giorni prima della suddetta scadenza.

Seguito offerta migliorativa in sede di gara, la Società rinuncia alla facoltà di recesso.

Art. 2 - PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA (opzione base)

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del 30/12/2021 (o dalla diversa data che sarà indicata dal Contraente, ma non oltre 180 giorni decorrenti dal termine ultimo di presentazione dell'offerta).

A parziale deroga dell'Art. 1901 del Codice Civile, il Contraente è tenuto al pagamento delle rate di premio entro 120 giorni dalla data della decorrenza della copertura e di ogni scadenza di rata, altrimenti la garanzia si

interrompe alle ore 24:00 del 120° giorno dalla stessa data di decorrenza e verrà riattivata dalle ore 24:00 del giorno del pagamento.

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

- L'Assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuate dal Contraente ai sensi del D. M. E. F. del 18 gennaio 2008 n° 40, ivi compreso il periodo di sospensione di 60 giorni di cui all'art. 3 del Decreto;
- Il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'art. 72 bis del DPR 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 c.c. nei confronti della Società stessa.

Art. 2bis - PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA (opzione migliorativa - vale 15 punti)

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del 30/12/2021 (o dalla diversa data che sarà indicata dal Contraente, ma non oltre 180 giorni decorrenti dal termine ultimo di presentazione dell'offerta).

A parziale deroga dell'Art. 1901 del Codice Civile, il Contraente è tenuto al pagamento delle rate di premio entro 150 giorni dalla data della decorrenza della copertura e di ogni scadenza di rata, altrimenti la garanzia si interrompe alle ore 24:00 del 150° giorno dalla stessa data di decorrenza e verrà riattivata dalle ore 24:00 del giorno del pagamento.

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

- L'Assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuate dal Contraente ai sensi del D. M. E. F. del 18 gennaio 2008 n° 40, ivi compreso il periodo di sospensione di 60 giorni di cui all'art. 3 del Decreto;
- Il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'art. 72 bis del DPR 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 c.c. nei confronti della Società stessa.

Art. 3 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO - VARIAZIONE DEL RISCHIO

Qualora nel corso del contratto si verificano variazioni che modificano il rischio, la Società può richiedere la relativa modificazione delle condizioni in corso.

Nel caso in cui il Contraente non accetti le nuove condizioni, la Società, nei termini di 30 giorni dalla ricevuta comunicazione della variazione, ha diritto di recedere dal contratto, con preavviso di 60 giorni.

L'omissione della dichiarazione da parte dell'Assicurato e/o del Contraente, di una circostanza aggravante del rischio, come le incomplete ed inesatte dichiarazioni all'atto della stipulazione della presente polizza e durante il corso della medesima, non pregiudicano il diritto al risarcimento dei danni, sempre che tali omissioni inesatte dichiarazioni siano avvenute in buona fede.

Resta inteso che il Contraente avrà l'obbligo di corrispondere alla Società il maggior premio proporzionalmente al maggior rischio che ne deriva, con decorrenza dal momento in cui la circostanza aggravante si è verificata.

Art. 4 - ALTRE ASSICURAZIONI

In deroga al disposto dell'art. 1901 del Codice Civile, il Contraente e gli Assicurati sono esonerati dall'obbligo di comunicare alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio.

Art. 5 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

Art. 6 - RECESSO PER SINISTRO

Non si applica al presente contratto.

Art. 7 - GESTIONE DELLA POLIZZA

Sezione A

Infortuni della circolazione sui veicoli dell'Ente.

L'assicurazione è prestata per tutti gli infortuni che le persone che prestano servizio per il Contraente, subiscono durante l'esecuzione delle prestazioni di servizio, alla guida dei mezzi (compreso a titolo esemplificativo e non limitativo, motocicli e biciclette) di proprietà o in uso all'Ente stesso (a titolo esemplificativo noleggio/leasing/comodato). Sono compresi gli infortuni avvenuti nell'atto di salire o scendere dai mezzi usati e gli infortuni subiti in conseguenza di ogni attività complementare, accessoria, collegata e/o necessaria alla circolazione stradale nessuna esclusa né eccettuata. È compreso il rischio in itinere. I rischi di

cui alla presente sezione si intendono estesi alle persone di cui sia stato autorizzato il trasporto da parte del Contraente.

Sezione B

Infortunati della Circolazione sui veicoli personali utilizzati per scopo di servizio.

L'assicurazione è prestata per tutti gli infortuni che le persone che prestano servizio per il Contraente subiscono, durante l'esecuzione delle prestazioni di servizio, alla guida dei mezzi di trasporto privato (compreso a titolo esemplificativo e non limitativo, motocicli e biciclette); sono compresi gli infortuni avvenuti nell'atto di salire o scendere dai mezzi usati e gli infortuni subiti in conseguenza di ogni attività complementare, accessoria, collegata e/o necessaria alla circolazione stradale nessuna esclusa né eccettuata. È compreso il rischio in itinere. I rischi di cui alla presente sezione si intendono estesi alle persone di cui sia stato autorizzato il trasporto da parte del Contraente.

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia degli assicurati. Per l'identificazione di tali soggetti e per il computo del premio faranno fede i registri e/o gli atti amministrativi e/o altri documenti equipollenti tenuti dal Contraente di cui alle sezioni A e B.

In caso di sinistro o ai fini della regolazione del premio di cui all'Art.8, la Compagnia aggiudicataria della presente polizza di assicurazione potrà richiedere di effettuare accertamenti e controlli sui registri suddetti, previa richiesta scritta da inviare alla Dipartimento Regionale della Funzione Pubblica e del Personale, la quale si impegna a fornire in visione tutti i registri suddetti nel più breve tempo possibile, compatibilmente con le esigenze istituzionali dell'Ente stesso.

Art. 8 - REGOLAZIONE DEL PREMIO

Il premio anticipato annuale della polizza è fissato in relazione ai seguenti parametri provvisori:

Sezione A

Infortunati della Circolazione sui veicoli dell'Ente.

Veicoli: n° 65

Sezione B

Infortunati della Circolazione sui veicoli privati dei soggetti autorizzati a servirsi del mezzo proprio per scopi di servizio, il premio viene anticipato dal Contraente in base ad un preventivo di chilometri annui percorsi pari a 2.500.000.

Alla fine di ogni annualità, entro il termine di 120 giorni, il Contraente comunicherà alla Società assicuratrice i dati effettivi, al fine di procedere alla regolazione del premio. La regolazione del premio sarà effettuata relativamente alla sez. "A" in rapporto al numero effettivo dei mezzi di proprietà o in uso all'Ente stesso e per la sez. "B" in rapporto ai chilometri effettivamente percorsi in base al tasso per chilometro ricavato dal premio lordo. Le differenze, attive o passive, risultanti dalla regolazione devono essere pagate entro 90 giorni dalla consegna dell'originale dell'atto di regolazione da parte della Società.

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

Art. 9 - LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione vale per i sinistri che avvengono in tutto il mondo.

Art. 10 - ESONERO DENUNCIA ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le altre eventuali assicurazioni che avesse in corso o stipulasse con altre Compagnie.

Art. 11 - FORMA DELLE COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni alle quali l'assicurato/contraente è tenuto devono essere fatte con lettera raccomandata, telex, fax o altro mezzo idoneo indirizzate alla Società.

Art. 12 - LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO

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

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

Art. 13 - ONERI FISCALI

Le imposte e gli altri oneri stabiliti per legge, presenti e futuri, relativi al premio, alla polizza ed agli atti da essa dipendenti, sono a carico del Contraente.

Art. 14 - FORO COMPETENTE

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

Art. 15 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

Le norme del presente capitolato prevalgono in caso di discordanza sulle norme che regolano assicurazione in generale.

L'eventuale discordanza tra le norme che regolano l'Assicurazione in particolare, le norme che regolano l'assicurazione in generale e le norme del Codice Civile sui contratti di assicurazione, verrà risolta sempre nella maniera più favorevole al Contraente e/o agli Assicurati.

Art. 16 – INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO – CLAUSOLA DI BUONA FEDE ESTESA

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.

Il Contraente dichiara, e la Società ne prende atto, che attraverso il presente contratto, il medesimo intende dare corso alla più ampia tutela degli specifici interessi inerenti l'oggetto dell'Assicurazione ed in relazione a ciò si impegna e garantisce l'intenzione di eseguire secondo buona fede e correttezza ogni adempimento previsto a proprio carico dalle Condizioni tutte di Polizza. La Società parimenti dichiara che, sin d'ora, rinuncia ad eccepire l'inoperatività della garanzia in conseguenza di inesatta, incompleta, ritardata od omessa esecuzione, da parte del Contraente di ogni e qualunque adempimento inerente la stipulazione e la gestione amministrativa della Polizza, inclusa l'esecuzione della stessa in caso di sinistro, purché ascrivibile ad atti od omissioni commessi in assenza di dolo dal Contraente o dalle persone del cui operato lo stesso deve rispondere. Resta inteso che il Contraente dovrà provvedere nel più breve tempo possibile all'esecuzione, rettifica, correzione, integrazione, completamento degli atti e comportamenti dovuti, nonché al pagamento del premio, o maggior premio, eventualmente spettante alla Società, nonché degli interessi di mora alla stessa dovuti nel caso in cui il ritardo nel pagamento abbia ecceduto i giorni previsti. Fermo restando quantoprecedentemente previsto, si precisa, a maggior chiarimento, che le disposizioni di cui al presente comma non modificano il contenuto e l'estensione della garanzia assicurativa secondo le disposizioni normative ed economiche previste dalla presente Polizza.

Art. 17 - CLAUSOLA BROKER

La gestione della presente polizza, ai sensi del D. Lgs. 209/2005, è affidata al Broker Marsh S.p.A. con sede operativa in Catania - Viale Vittorio Veneto n. 30.

Agli effetti dei termini fissati dalle Condizioni Generali di polizza, ogni comunicazione fatta dal Broker, alla Compagnia, si intenderà come fatta dal Contraente, e così pure ogni comunicazione fatta dalla Compagnia al Broker si intenderà come fatta al Contraente. Parimenti ogni comunicazione fatta dal Contraente al Broker si intenderà come fatta alla Compagnia. Le suddette comunicazioni dovranno essere effettuate con lettera raccomandata o telefax o con qualsiasi altro mezzo di comunicazione idoneo.

Il Contraente riconosce pertanto che ogni comunicazione relativa alla presente assicurazione avverrà per il tramite del Broker e tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti per conto dell'Assicurato dal Broker Marsh S.p.A, la quale è altresì autorizzata ad effettuare l'incasso del premio.

Il pagamento del premio avverrà tramite il broker Marsh S.p.A, il cui compenso sarà a carico della Compagnia aggiudicataria, nella misura del 12% da applicare su ogni rata di premio pagata.

Art. 18 - COASSICURAZIONE E DELEGA

Nel caso di Coassicurazione il rischio sarà ripartito tra le Imprese assicuratrici elencate nell'eventuale «Riparto di polizza» nella percentuale (quota) indicata accanto a ciascuna delle stesse.

Pertanto, nel testo del presente capitolato, con il termine «Società» si intende indicare tutte e ciascuna delle Imprese Assicuratrici predette.

Ciascuna Società è tenuta alla prestazione in proporzione della rispettiva quota, esclusa ogni responsabilità solidale.

In caso di coassicurazione la Società Delegataria dovrà sottoscrivere almeno il 40% della copertura totale. Le compagnie coassicuratrici dovranno comunque garantire la copertura totale (100%) del rischio.

Tutti i rapporti inerenti la polizza saranno svolti con la Società delegataria.

Le compagnie coassicuratrici concorreranno al pagamento dei risarcimenti liquidati, in proporzione alla quota rispettivamente assunta e saranno responsabili solo per essa, non implicando il rapporto di coassicurazione alcuna responsabilità solidale.

Art. 19 - OBBLIGO DI FORNIRE I DATI SULL'ANDAMENTO DEL RISCHIO (opzione base)

La Società si obbliga alla fine di ogni periodo annuo assicurativo a fornire al Contraente il dettaglio dei sinistri così suddiviso:

- sinistri denunciati;
- sinistri riservati (con indicazione dell'importo a riserva);
- sinistri liquidati (con indicazione dell'importo liquidato);
- sinistri respinti (mettendo a disposizione le motivazioni scritte).

Tutti i sinistri dovranno essere corredati di data di apertura della pratica presso la Società, di data di accadimento del sinistro denunciato dal terzo reclamante, indicazione del nominativo del terzo reclamante, data della eventuale chiusura della pratica per liquidazione od altro motivo.

Il monitoraggio deve essere fornito progressivamente, cioè in modo continuo ed aggiornato dalla data di accensione della copertura fino a quando non vi sia l'esaurimento di ogni pratica.

La documentazione di cui sopra dovrà essere fornita al Contraente mediante supporto informatico compatibile ed utilizzabile dal Contraente stesso.

Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al Contraente di chiedere ed ottenere un aggiornamento con le modalità di cui sopra in date diverse da quelle indicate.

Art. 19 - OBBLIGO DI FORNIRE I DATI SULL'ANDAMENTO DEL RISCHIO CON APPLICAZIONE DI PENALITA' IN CASO DI INADEMPIMENTO (opzione migliorativa vale 10 punti)

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,

si impegna a fornire al Contraente, in formato elettronico Microsoft Excel® o altro supporto informatico editabile equivalente, il dettaglio dei sinistri, aggiornato a non oltre i 60 giorni precedenti, così articolato:

- a) sinistri denunciati;
- b) sinistri riservati (con indicazione dell'importo a riserva);
- c) sinistri liquidati (con indicazione dell'importo liquidato);
- 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 per tutta la durata della presente polizza nonché per i 5 anni successivi alla cessazione della stessa;
- 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, con il consenso della Società, un aggiornamento in date diverse da quelle indicate.

In caso di inadempienza da parte della Società, il Contraente provvederà a formalizzare contestazione scritta a mezzo di raccomandata con ricevuta di ritorno 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 di €. 25,00 a valere sull'ammontare della cauzione definitiva per ogni giorno di ritardo nell'inadempimento rispetto ai termini indicati dal Contraente e per l'esecuzione delle prestazioni contrattuali.

Art. 20 - VALIDITA' ESCLUSIVA DELLE NORME DATTILOSCRITTE

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

Art. 21 - CLAUSOLE VESSATORIE

Agli effetti dell'art. 1341 del Codice Civile il Contraente sottoscritto dichiara di approvare specificatamente le disposizioni degli articoli seguenti delle Condizioni Generali di Assicurazione:

- Art. 1 - Durata del contratto.
- Art. 3 - Variazioni del rischio
- Art. 8 - Regolazione del premio
- Art. 9 - Limiti territoriali
- Art. 14 - Foro competente
- Art. 16 - Interpretazione del contratto
- Art. 18 - Ripartizione dell'assicurazione e delega

IL CONTRAENTE

LA SOCIETA'

Art. 22 - DEFINIZIONE DI INFORTUNIO

E' considerato infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Art. 23 - DELIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

Ai sensi del presente Capitolato sono considerati infortuni anche:

- annegamento;
- folgorazione;
- colpi di sole, di calore e di freddo effetto delle influenze termiche ed atmosferiche;
- congelamento o assideramento;
- asfissia, soffocamento da ingestione di solidi e liquidi e comunque di qualunque corpo estraneo;
- avvelenamenti, intossicazioni e lesioni derivanti da ingestione di sostanze;
- conseguenze delle punture di insetti o di aracnidi e morsi di animali;
- le ernie traumatiche e le lesioni (esclusi gli infarti) determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico;
- gli infortuni derivanti da aggressioni e violenze in genere;
- gli infortuni conseguenti a colpi di sonno.

Sono altresì inclusi gli infortuni derivanti da:

- inondazioni, alluvioni, allagamenti;
- caduta del fulmine, eruzioni vulcaniche, movimenti tellurici e altre forze della natura;
- danni estetici conseguenti ad infortunio;
- stato di malore o di incoscienza;
- imprudenza, negligenza, imperizia o colpa grave dell'Assicurato stesso;
- 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.

Art. 24 - ESCLUSIONI

Sono esclusi gli infortuni derivanti:

- a) da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- b) subiti alla guida di veicoli in stato di ubriachezza;
- c) da operazioni chirurgiche, accertamento o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- d) da dolo dell'Assicurato;
- e) da guerre o insurrezioni;
- f) da trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti.

Art. 25 - PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili le persone affette da infermità mentali, alcoolismo e tossicodipendenza.

L'assicurazione cessa col manifestarsi di una delle predette alterazioni patologiche, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti, che in tal caso vengono restituiti al Contraente.

Art. 26 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione è prestata per gli infortuni subiti dalle persone autorizzate dal Contraente in occasione della guida di veicoli. L'assicurazione vale anche per gli infortuni subiti, in caso di fermata del veicolo, durante le operazioni necessarie per la ripresa della marcia.

Sono compresi gli infortuni avvenuti nell'atto di salire o scendere dai mezzi usati e gli infortuni subiti in conseguenza di ogni attività complementare, accessoria, collegata e/o necessaria alla circolazione stradale nessuna esclusa ne eccettuata. È compreso il rischio in itinere.

Tale copertura è operativa solo ed esclusivamente durante il tempo strettamente necessario per l'esecuzione delle prestazioni di servizio.

I rischi di cui alla presente sezione si intendono estesi:

- 1) ai dipendenti espressamente autorizzati a svolgere adempimenti di servizio fuori ufficio e/o missioni e che non hanno diritto al rimborso chilometrico;
- 2) alle persone di cui sia stato autorizzato il trasporto;
- 3) ai militari dell'Arma dei Carabinieri assegnati ai sensi del D.A. 21 maggio 1996, in relazione alla legge 608/96 art.9 bis comma 14°, esclusivamente durante l'attività di vigilanza agli Ispettorati del Lavoro della Regione Siciliana.

Il personale militare di cui sopra, analogamente al personale dell'Amministrazione regionale, è autorizzato dal rispettivo dirigente Capo Servizio all'uso del mezzo proprio.

Art. 27 - CRITERI DI INDENNIZZABILITA'

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio. Se al momento dell'infortunio l'Assicurato non è fisicamente integro sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze dirette ed accettate dell'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti.

Art. 28 - MORTE

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

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

Art. 29 - INVALIDITA' PERMANENTE

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

L'indennizzo per invalidità permanente parziale è calcolato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, in proporzione al grado di invalidità accertato secondo i criteri e le percentuali di cui alla tabella delle percentuali di invalidità permanente allegata al DPR. 30 giugno 1965 n. 1124 e successive modificazioni o integrazioni intervenute fino alla data dell'evento dannoso.

Art. 30 - FRANCHIGIA INVALIDITA' PERMANENTE (opzione base)

La garanzia invalidità permanente è prestata con una franchigia del 3% fino ad un'invalidità uguale o inferiore al 10%, pertanto tutti i risarcimenti derivanti da un'invalidità accertata pari o inferiore al 10% saranno liquidati detraendo la franchigia di tre punti percentuali, i risarcimenti relativi ad un'invalidità superiore al 10% saranno liquidati senza alcuna detrazione di franchigia.

Art. 30 - FRANCHIGIA INVALIDITA' PERMANENTE (opzione migliorativa – vale 20 punti)

La garanzia invalidità permanente è prestata senza applicazione di alcuna franchigia.

Art. 31 - RIMBORSO SPESE DI CURA (spese mediche)

Se l'Assicurato in conseguenza di infortunio fa ricorso a prestazioni sanitarie, la Società rimborsa, fino alla concorrenza del massimale previsto per anno assicurativo, le spese sostenute per:

- accertamenti diagnostici e medico legali;
- visite mediche e specialistiche;
- onorari del chirurgo e di ogni altro componente l'équipe operatoria, diritti di sala operatoria, materiale d'intervento;
- apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento chirurgico;
- rette di degenza;
- trasporto dell'Assicurato in ambulanza all'istituto di cura od all'ambulatorio e viceversa;
- cure mediche e trattamenti fisioterapici rieducativi;

- acquisto di apparecchi protesici ortopedici sostitutivi di parti anatomiche e protesi oculari.

Non sono soggette a rimborso le spese effettuate per applicazioni di carattere estetico, per cure odontoiatriche e per protesi dentarie, che non siano state sostenute in conseguenza diretta di un infortunio indennizzabile ai termini di polizza. La Società effettua il pagamento di quanto dovuto su presentazione, in originale, delle relative notule, distinte, ricevute debitamente quietanzate. Il pagamento viene effettuato a cura ultimata. Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi verranno eseguiti in Italia, in valuta italiana al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi.

Art. 32 - CUMULO INDENNITA'

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello di invalidità permanente. tuttavia, se dopo il pagamento dell'indennizzo per l'invalidità permanente, ma 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 indennizzo per morte - se superiore - a quello già pagato per invalidità permanente. Il diritto all'indennità per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Società paga agli eredi l'importo liquidato od offerto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

Art. 33 - DENUNCIA DELL'INFORTUNIO ED OBBLIGHI RELATIVI (opzione base)

In caso di sinistro il Contraente deve darne avviso scritto alla Società entro 30 giorni dall'infortunio o dal momento in cui il Contraente stesso ne sia venuto a conoscenza.

La denuncia dell'infortunio indicherà luogo, giorno, ora e causa dell'evento e sarà corredata di certificato medico. Il decorso delle lesioni sarà documentato da ulteriori certificati medici.

L'Assicurato, o in caso di morte il beneficiario, deve consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari.

Art. 33 - DENUNCIA DELL'INFORTUNIO ED OBBLIGHI RELATIVI (opzione migliorativa - vale 15 punti)

In caso di sinistro il Contraente deve darne avviso scritto alla Società entro 45 giorni dall'infortunio o dal momento in cui il Contraente stesso ne sia venuto a conoscenza.

La denuncia dell'infortunio indicherà luogo, giorno, ora e causa dell'evento e sarà corredata di certificato medico. Il decorso delle lesioni sarà documentato da ulteriori certificati medici.

L'Assicurato, o in caso di morte il beneficiario, deve consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari.

Art. 34 - CONTROVERSIE

In caso di divergenza sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni, sul grado o durata dell'inabilità temporanea e sulla loro entità, le parti si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato a decidere, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, a un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo, o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici. Il Collegio medico risiede presso la sede del Contraente. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da esso designato, contribuendo per metà alle 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 vincolanti per le parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale.

Art. 35 - SOMME ASSICURATE

Le indennità garantite per entrambe le sezioni assicurate e per ciascun Assicurato sono pari a:

Sezione A

- € 300.000,00 per morte;
- € 300.000,00 per invalidità permanente
- € 10.000,00 per rimborso spese di cura.

Sezione B

- € 300.000,00 per morte;
- € 300.000,00 per invalidità permanente;
- € 10.000,00 per rimborso spese di cura.

Art. 36 - RINUNCIA ALLA RIVALSA

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

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

- a) La Società appaltatrice è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi di tracciabilità previsti dalla legge n. 136/2010.
- b) Nel caso in cui la Società, nei rapporti nascenti con i propri eventuali subappaltatori, subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, abbia notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria di cui all'art. 3 della legge n. 136/2010 ne dà immediata comunicazione alla Stazione Appaltante ed alla Prefettura-ufficio territoriale del Governo della Provincia ove ha sede la Stazione appaltante.
- c) L'Amministrazione può verificare, in occasione di ogni pagamento all'appaltatore e con interventi di controllo ulteriori, l'assolvimento da parte dello stesso, dei subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, agli obblighi relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari.
La Società s'impegna a fornire ogni documentazione atta a comprovare il rispetto, da parte propria nonché dei subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, degli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla legge n. 136/2010.
- d) Secondo quanto previsto dall'art. 3 comma 9 bis della legge n. 136/2010, qualora, nelle transazioni finanziarie relative a pagamenti effettuati dagli appaltatori, subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, sia rilevato il mancato utilizzo del bonifico bancario o postale ovvero degli altri strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni, il presente contratto si risolve di diritto ai sensi dell'art. 1456 c.c.. La risoluzione si verifica quando la parte interessata dichiara all'altra che intende valersi della clausola presente risolutiva. La risoluzione, in base all'art. 1458 c.c., non si estende alle obbligazioni della Società derivanti da sinistri verificatisi antecedentemente alla risoluzione del contratto.

Data

Firma
