



**Comune di Lavagna**  
*Provincia di Genova*  
**Servizi Finanziari di Staff**  
**Economato, Provveditorato**

## **Lotto 6 – Infortuni**

**CAPITOLATO SPECIALE DI POLIZZA**  
**COPERTURA ASSICURATIVA INFORTUNI DEL PERSONALE E ALTRI SOGGETTI**

## ASSICURATI

PARTITA 1 :		AMMINISTRATORI	
PARTITA 2 :		DIPENDENTI IN MISSIONE	
PARTITA 3:		MINORI IN AFFIDAMENTO	
PARTITA 4 :		MINORI PRESSO CENTRI DI AGGREGAZIONE GIOVANILE	

### DEFINIZIONI

---

Nel testo che segue, si intende per:

Amministrazione o Ente: Comune di Lavagna , Contraente della polizza;

Assicurato: il soggetto, persona fisica o giuridica, il cui interesse e' protetto dalla assicurazione;

Contraente: il soggetto, persona fisica o giuridica, che stipula la assicurazione;

Attività dell'Amministrazione: l'esercizio delle attività e competenze previste e/o consentite e/o delegate da leggi, regolamenti o altri atti amministrativi, e le attività accessorie, complementari, connesse e collegate, preliminari e conseguenti alle principali, nessuna esclusa e comunque svolte, anche avvalendosi di strutture di terzi, e/o affidando a terzi l'utilizzo di proprie strutture;

Società: la Compagnia assicuratrice e le eventuali mandanti nonche', laddove presenti, le Agenzie delle stesse (in gestione diretta o in economia) alle quali viene assegnato il contratto;

Broker: il Broker vigente Willis Italia SpA

Assicurazione: il contratto di assicurazione;

Polizza: il documento che prova e regola la assicurazione;

Franchigia: la parte di danno che l'assicurato tiene a suo carico e che per ciascun sinistro viene dedotta dall'indennizzo. Nel caso di franchigia assoluta gli importi di danno inferiori alla franchigia non sono rimborsabili e quelli superiori sono ridotti della misura della franchigia;

Sinistro: l'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione;

Indennizzo: la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro;

Liquidazione del danno: la determinazione della somma rimborsabile a titolo di indennizzo;

Annualità assicurativa o periodo assicurativo: il periodo compreso tra la data di effetto e la data di prima scadenza annuale, o tra due date di scadenza annuale tra loro successive, o tra l'ultima data di scadenza annuale e la data di cessazione della assicurazione;

Infortunio: l'evento avvenuto per causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche o patologie oggettivamente constatabili;

Invalidità permanente: la perdita della capacità generica ad attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla propria professione (invalidità assoluta), o la riduzione irrimediabile e definitiva della capacità ad attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo (invalidità parziale);

Inabilità temporanea: l'impedimento temporaneo generale (inabilità assoluta) o la limitazione (inabilità parziale) all'esercizio delle attività svolte dall'assicurato.

Ospedale, clinica, casa o istituto di cura: la struttura autorizzata, in base alla normativa vigente, al ricovero di pazienti e/o alla assistenza sanitaria con degenza diurna; non rientrano in questa definizione le strutture termali, di convalescenza, di soggiorno, per le attività diverse da quelle di ricovero e/o di assistenza sanitaria;

Rischio professionale: l'evento o la patologia verificatosi durante o riconducibile allo svolgimento delle attività professionali e/o comunque riconducibile al rapporto con la Azienda;

Rischio extra-professionale: l'evento o la patologia verificatosi durante o riconducibile a situazioni di tempo o di luogo che non possono essere ricondotte al rischio professionale.

## **CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE**

---

### **Art. 1: Durata, impostazione e revisione del contratto**

---

Il contratto assicurativo ha effetto dalle ore 24,00 del 31/12/2013 fino alle ore 24,00 del 31.12.2014, con prima rata al 31.12.2013 e scadenza polizza al 31.12.2014 con esclusione della tacita proroga. Alla relativa scadenza, il contratto cesserà automaticamente, senza obbligo di preventiva comunicazione tra le parti.

### **Art. 2: Gestione del contratto**

---

Il Contraente dichiara di aver affidato la gestione del presente contratto, ovvero la collaborazione all'esecuzione dello stesso, a Willis Italia SpA Broker di assicurazione e, di conseguenza, tutti i rapporti inerenti al presente contratto saranno svolti per conto del Contraente dal Broker, il quale tratterà con la Società.

Anche ai sensi del D.Lgs. 209/05 Codice delle Assicurazioni e s.m.i., il Contraente, l'Assicurato e la Società si danno reciprocamente atto che tutti i rapporti, compreso il pagamento dei premi, avverranno per il tramite del Broker; la Società dà atto che il pagamento dei premi al Broker è liberatorio per il Contraente.

Tutte le comunicazioni riguardanti la gestione del contratto saranno effettuate a mezzo posta raccomandata, telefax o posta elettronica con avviso di ricevuta e saranno valide anche se fatte al/dal Broker, che viene quindi riconosciuto dalle parti quale mittente e/o destinatario in luogo e per con-

to delle stesse (ad eccezione della comunicazione di disdetta/recesso del contratto stesso che dovrà essere effettuata esclusivamente dalle parti con lettera raccomandata A.R.).

### **Art. 3: Riferimento alle norme di legge - Foro competente**

---

Per quanto non previsto dalle presenti condizioni contrattuali – che verranno interpretate in maniera favorevole all'Assicurato, qualora fossero discordanti tra loro - valgono unicamente le norme stabilite dal Codice Civile.

Per le controversie riguardanti l'applicazione del contratto, il Foro competente è quello di Torino.

### **Art. 4: Pagamento del premio - Termini di rispetto**

---

Anche in deroga al disposto dell'art. 1901 Codice Civile, la Amministrazione pagherà alla Società, per il tramite del broker:

- a. entro 60 giorni o, se la data che ne consegue e' antecedente all'ultimo giorno del 3' mese successivo, entro il 3' mese successivo alla data di decorrenza della copertura, il premio di prima rata convenuto, sempreche' nel frattempo la Società abbia trasmesso, e siano stati ricevuti, i documenti contrattuali in originale; diversamente, il periodo di differimento viene esteso fino al 30' giorno successivo a quello del loro ricevimento;
- b. entro 60 giorni o, se la data che ne consegue e' antecedente all'ultimo giorno del 3' mese successivo, entro il 3' mese successivo a ciascuna data di scadenza intermedia, il premio riferito al periodo assicurativo in corso;
- c. entro 60 giorni dalla presentazione dell'appendice:
  - o il premio di regolazione disposto dal corrispondente articolo di polizza
  - o il premio di eventuali variazioni contrattuali, se non diversamente convenuto.

Trascorsi senza esito i termini sopra indicati, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 dell'ultimo giorno utile e riprende la sua efficacia dalle ore 24 del giorno di pagamento del premio (intendendo per tale il giorno in cui la Amministrazione comunica l'avvenuta ricezione da parte della propria Tesoreria dell'ordinativo di pagamento), ferme restando le scadenze contrattuali convenute.

Per i contratti scaduti, il mancato pagamento del premio di regolazione nei termini stabiliti libera la Società, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, dall'obbligo per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

### **Art. 5: Rinuncia al diritto di rivalsa**

---

La Società dichiara di rinunciare in favore dell'Assicurato all'azione di surroga che possa competere ai sensi dell'art. 1916 del C.C. .

### **Art. 6: Facoltà di recesso**

---

Avvenuto un sinistro e sino al 30' giorno successivo alla sua definizione, ma non oltre il 90' giorno antecedente la scadenza della annualita' assicurativa in corso, ogni parte può recedere dal contratto previa comunicazione all'altra con lettera raccomandata A.R. .

In tale caso la copertura assicurativa rimarra' efficace per ulteriori 90 giorni dal ricevimento dell'avviso di recesso (o per una minor durata, secondo quanto verra' eventualmente richiesto dalla Amministrazione); nei 30 giorni successivi al termine di tale periodo, la Societa' rimborserà alla Amministrazione il rateo di premio per il periodo non fruito, al netto delle imposte.

## **CONDIZIONI PARTICOLARI DELL'ASSICURAZIONE**

---

### **Art. 7: Soggetti assicurati**

---

Sono assicurati i soggetti rientranti nei gruppi, tra quelli di seguito elencati, richiamati nella scheda di conteggio del premio del presente contratto:

- 1: Amministratori ( Sindaco, Segretario, Assessori E Consiglieri )
- 2: Dipendenti In Missione
- 3: Minori In Affidamento
- 4 : Minori Presso Centri Di Aggregazione Giovanile

### **Art. 8: Oggetto dell'assicurazione**

---

Oggetto dell'assicurazione sono gli infortuni occorsi agli assicurati dai quali derivi la morte, o una invalidita' permanente assoluta o parziale, o una inabilita' temporanea, e/o esborsi per spese mediche.

### **Art. 9: Efficacia della copertura assicurativa – Limiti territoriali**

---

La copertura assicurativa si riferisce, senza limiti territoriali, agli infortuni sofferti dagli assicurati :

- a. di cui al punto 1 dell'art. Soggetti assicurati: in occasione o in conseguenza dell'espletamento del loro mandato, incarico o funzione, o a esso correlati, compresi quindi l'uso o guida di veicoli, i trasferimenti, le missioni e il tragitto tra il/i luogo/i di lavoro; sono altresì compresi gli infortuni sofferti durante il tragitto da e per l'abitazione;
- b. di cui al punto 2 dell'art. Soggetti assicurati:
  - 1) durante la guida di veicoli di proprieta' o in uso a qualunque titolo alla Amministrazione sia in qualità di conducenti che di trasportati
  - 2) durante la guida di veicoli di proprieta' o in uso a qualunque titolo agli stessi sia in qualità di conducenti che di trasportati,nonche', per entrambi, in situazioni diverse dalla guida del veicolo ma pur sempre riconducibili al suo utilizzo, quali (a titolo esemplificativo e non limitativo) il rifornimento di carburante, la sostituzione di un pneumatico, le manovre a mano per la ripresa della marcia in caso di guasto o incidente.

- c. Minori in affidamento . L'assicurazione è prestata a favore dei minori in affidamento, per gli infortuni riportati durante il periodo del loro affidamento presso famiglie , enti e/o educatori ; per l'identificazione dei minori affidati, si farà riferimento ai registri e/o documenti del Comune di Lavagna .
- d. Minori presso centro di aggregazione giovanile. L'assicurazione è prestata a favore dei minori, per gli infortuni riportati durante la frequentazione del Centro di Aggregazione Giovanile presso i locali messi a disposizione dall'Ente, durante lo svolgimento di tutte le attività promosse e /o svolte presso detto Centro, comprese tutte le attività e/o iniziative esterne, in costante presenza degli addetti .

#### **Art. 10: Estensioni della copertura**

---

L'assicurazione comprende anche – a titolo esemplificativo e non limitativo - gli infortuni conseguenti a o derivanti da:

- ◇ imprudenze e negligenze anche gravi
- ◇ malore ed incoscienza, purché non determinati da uso di sostanze stupefacenti o simili assorbite per scopi non terapeutici
- ◇ tumulti popolari, atti di pirateria, atti terroristici, aggressioni, atti violenti e/o azioni coercitive di terzi qualunque ne sia il movente
- ◇ calamità naturali
- ◇ stati 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 in un Paese sino ad allora non in stato di guerra,

nonché:

- ◇ l'annegamento ed asfissia di natura accidentale
- ◇ l'avvelenamento da ingestione o l'assorbimento subitaneo di sostanze nocive
- ◇ il contatto con corrosivi
- ◇ le lesioni, compresa l'ernia ma esclusi gli infarti, determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico
- ◇ la folgorazione, i colpi di sole o di calore, l'assideramento o il congelamento
- ◇ le influenze termiche e atmosferiche
- ◇ i morsi di animali o punture di insetti.

Le garanzie sono valide ed efficaci anche nei confronti di tutte le manifestazioni patologiche, sia immediate che verificatesi entro 180 giorni dall'infortunio, in diretto nesso causale con esso purché non causate e/o concausate da situazioni patologiche preesistenti anche se sconosciute all'assicurato.

#### **Art. 11: Liquidazione del danno**

---

1. In caso di infortunio mortale la Società liquiderà ai beneficiari (specificati dall'assicurato o, in mancanza, ai suoi eredi legittimi e/o testamentari) un importo pari a quello indicato nella scheda di conteggio del premio. In caso di morte presunta dell'assicurato, l'importo verrà liquidato dopo che siano trascorsi sei mesi dalla avvenuta presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta ai sensi degli artt. 60 e 62 C.C., e ciò anche se il corpo dell'assicurato non è

stato ritrovato ma si presume che il decesso sia avvenuto a seguito di infortunio; qualora la Società abbia pagato l'indennità dovuta e dopo ciò risulti che l'assicurato sia vivo, la stessa avrà diritto alla restituzione della somma liquidata ed a restituzione avvenuta l'assicurato potrà far valere i propri diritti nel caso di invalidità permanente.

Qualora il decesso avvenga in una località diversa da quella della sede di lavoro o della residenza dell'Assicurato, la Società rimborserà altresì fino alla concorrenza di euro 2.000,00 (euro duemila/00) le spese necessarie per il trasporto della salma fino alla residenza dell'Assicurato.

2. In caso di infortunio che abbia per conseguenza una invalidità permanente, la determinazione dell'indennità avverrà:

a) valutando il grado di invalidità tramite accertamenti medici e sulla base delle tabelle e dei criteri di valutazione di cui al DPR n. 1124/65 e s.m.i., restando convenuto che:

◇ qualora l'evento colpisca una persona la cui integrità fisica od attitudine al lavoro risultino ridotte per effetto di una preesistente inabilità fisica permanente e parziale, la valutazione del grado di invalidità sarà determinata dal rapporto espresso da una frazione in cui il denominatore è rappresentato dal grado di integrità preesistente (100% detratta la percentuale di inabilità preesistente) ed il numeratore dalla differenza fra il grado di integrità preesistente ed il grado di integrità fisica residua dopo il verificarsi dell'evento,

◇ qualora l'evento dannoso colpisca una persona la cui integrità fisica od attitudine al lavoro risultino ridotte per effetto di una preesistente inabilità fisica permanente e totale, l'invalidità sarà valutata in misura pari al grado di invalidità determinato con le modalità di cui al presente articolo, maggiorato del 50%,

◇ in tali casi, il massimo grado di invalidità non potrà comunque superare la misura del 100%; per la determinazione del grado della eventuale invalidità preesistente (della cui preventiva denuncia l'Amministrazione e l'assicurato sono esonerati) varrà, se posseduta, l'attestazione rilasciata dagli Enti assistenziali o previdenziali a carattere obbligatorio all'epoca intervenuti;

b) determinando e liquidando l'indennità in misura pari:

◇ all'importo indicato nella scheda di conteggio del premio, qualora l'evento abbia per conseguenza una invalidità permanente assoluta,

◇ all'importo ottenuto applicando il grado di invalidità accertato all'importo spettante per il caso di invalidità permanente assoluta, qualora l'evento abbia per conseguenza una invalidità permanente parziale.

La Società, qualora abbia liquidato o comunque offerto in misura determinata l'indennizzo per la invalidità permanente da infortunio e l'assicurato sia deceduto entro due anni dall'evento, ed in conseguenza di questo, pagherà agli aventi diritto, secondo le norme della successione legittima o testamentaria, la differenza tra questo e l'indennizzo determinato per il caso di morte, se superiore, e nulla richiedendo in caso contrario.

3. In caso di infortunio che abbia per conseguenza una inabilità temporanea, la indennità giornaliera sarà erogata – indipendentemente da eventuali indennizzi dovuti in virtù di altre garanzie previste dalla polizza – a decorrere dal giorno successivo a quello in cui si verifica l'infortunio e fino al giorno precedente quello della avvenuta guarigione, con riduzione al 50% per il periodo durante il quale la inabilità è stata parziale.

4. In caso di infortunio verranno rimborsate, fino alla concorrenza per evento e anno assicurativo dell'importo indicato per questo caso, le spese sostenute quali, a titolo esemplificativo e non limitativo:

- ◇ spese di ricovero, rette di degenza,
- ◇ onorari dei chirurghi e dell'equipe operatoria,
- ◇ uso della sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi terapeutici, protesici e endo-protesi applicati durante l'intervento,
- ◇ esami, esami di laboratorio, accertamenti diagnostici,
- ◇ trattamenti fisioterapici e rieducativi, bagni, forni e altre cure mediche occorrenti,
- ◇ trasporto dell'assicurato in ospedale o in clinica e il ritorno a casa effettuato con ambulanza e/o mezzi speciali di soccorso,
- ◇ prestazioni mediche e infermieristiche, medicinali, sangue, plasma, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari e attrezzature similari.

Sono comprese le spese per cure, interventi chirurgici ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre o eliminare le conseguenze di danni estetici provocati da infortunio.

Qualora l'Assicurato venga ritenuto non curabile nell'ambito della organizzazione ospedaliera del luogo ove e' avvenuto l'infortunio, la Societa' rimborsa inoltre fino alla concorrenza di euro 3.000,00 (euro tremila/00) le spese di trasferimento con il mezzo piu' idoneo al centro ospedaliero attrezzato per la cura dell'Assicurato piu' vicino alla sua residenza.

La Societa' effettuera' i rimborsi, previa presentazione dei documenti giustificativi di spesa in originale, a cura ultimata.

In caso di infortunio subito in occasione di viaggio aereo (comprese le fasi di imbarco e di sbarco e intendendo in garanzia il viaggio solo se effettuato dall'assicurato in qualita' di passeggero a bordo di velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linea aerea regolare e non regolare, di aerotaxi, di Autorita' civili e militari in occasione di traffico civile, di ditte e privati – esclusi aeroclubs - per attivita' turistica e di trasferimento, nonche' di societa' di lavoro aereo durante il trasporto pubblico di passeggeri, o per attivita' di protezione civile e/o di emergenza sanitaria - elisoccorso), la somma degli indennizzi spettanti non potra' superare complessivamente per aeromobile 5 volte l'importo piu' elevato tra quelli previsti nella scheda di conteggio del premio relativi a tutti i gruppi di appartenenza degli assicurati presenti a bordo dell'aeromobile; superando questo limite, le indennita' spettanti verranno proporzionalmente ridotte.

Con riferimento a tale rischio aeronautico e a parziale deroga di quanto previsto all'art. Estensioni di copertura relativamente alla efficacia della stessa riguardante gli stati di guerra, si conviene tra le parti che la copertura assicurativa e' efficace anche per i sorvoli e/o le soste non voluti dall'assicurato in zone in stato di guerra (per guasti, dirottamenti o altre circostanze similari).

#### **Art. 12: Modalita' per la liquidazione dell'indennita'**

---

La Societa', ricevuto il certificato medico di guarigione o l'atto di morte, provvedera' al pagamento delle indennita' entro 60 giorni dal ricevimento di tali documenti.

La Societa' effettua il rimborso delle spese mediche di cui al punto 4. dell'art. "Liquidazione del danno" a cura ultimata e previa presentazione dei documenti giustificativi di spesa in originale.



Qualora l'infortunio indennizzabile ai sensi di polizza comporti una invalidita' permanente di grado superiore al 20% (ventiprocento), la Societa' porra' a disposizione dell'infortunato un terzo della indennita' corrispondente al danno al momento valutato, con riserva di successivo accertamento e conguaglio; il pagamento di tale anticipazione avverra' entro 30 giorni dal ricevimento, da parte della Societa', della certificazione medica da cui risulti l'entita' presunta della invalidita'.

## **CONDIZIONI OPERATIVE DELL'ASSICURAZIONE**

---

### **Art. 13: Esclusioni**

---

Sono esclusi dall'assicurazione gli eventi sofferti in conseguenza di:

- ◇ azioni delittuose - accertate con giudizio penale passato in giudicato - compiute o tentate dall'assicurato, salvo che siano conseguenti a legittima difesa o umana solidarieta';
- ◇ trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dalla accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti, non riconducibili a scopi connessi alle attivita' della Amministrazione;
- ◇ guerra od insurrezione, ad eccezione di quanto previsto al precedente art. Estensioni della copertura;
- ◇ atti di terrorismo posti in essere tramite l'uso di sostanze nucleari, biologiche, batteriologiche o chimiche;
- ◇ abuso di psicofarmaci o da uso non terapeutico di stupefacenti od allucinogeni, o da ubriachezza alla guida di veicoli a motore o natanti;
- ◇ partecipazione ad imprese temerarie, salvo che si tratti di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarieta' umana o per legittima difesa;
- ◇ operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- ◇ guida di mezzi di locomozione aerei;
- ◇ guida di veicoli o natanti per cui l'assicurato non sia regolarmente abilitato.

### **Art. 14: Controversie sulla definizione del danno**

---

La determinazione della natura delle lesioni e la valutazione delle conseguenze dannose attribuibili all'evento sono effettuate dalla Societa' e dall'assicurato. A tal fine la Societa' inviera' a quest'ultimo una proposta di indennita'.

Qualora l'assicurato non intenda accettare la proposta pervenuta, la valutazione delle conseguenze attribuibili all'evento verra', su domanda dello stesso, deferita ad un collegio di tre periti nominati uno dalla Societa' assicuratrice, uno dall'assicurato ed il terzo in accordo fra i primi due o, in difetto, dal Presidente del Tribunale del Foro ove ha sede la Amministrazione. Il collegio peritale eleggera' la propria residenza presso la sede della Amministrazione. I periti, tenendo presenti le condizioni negoziali contenute nel presente contratto, decideranno a maggioranza.

La loro decisione sara' impegnativa per le parti ed inappellabile anche in eventuale mancanza di sottoscrizione del perito dissenziente.

### **Art. 15: Denuncia dei sinistri – Impegni della Societa'**

---

La denuncia del sinistro verra' effettuata per iscritto dalla Amministrazione, per il tramite del broker, entro trenta giorni lavorativi dall'evento o da quando l'Ufficio Assicurazioni della stessa ne sia venuto a conoscenza, e conterra' l'indicazione del giorno, luogo e ora dell'evento, la descrizione delle cause che lo determinarono, l'indicazione dei nominativi di eventuali testimoni, nonche' tutti gli elementi atti a consentire una adeguata ricostruzione dell'evento, e sara' corredata delle certificazioni mediche e di ogni ulteriore documentazione necessaria.

L'assicurato o gli aventi diritto devono consentire le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dalla Societa'.

Inoltre, e sempre a questo scopo, l'assicurato si obbliga a liberare dal segreto professionale i medici curanti o dallo stesso interessati.

Qualora l'evento abbia causato la morte dell'assicurato o quando questa intervenga durante il periodo di cura, deve esserne dato prima possibile avviso a mezzo telefax o posta elettronica alla Societa'.

Entro il 31 marzo e il 30 settembre di ciascun anno, la Societa' fornira' alla Amministrazione, per il tramite del broker, un elenco riepilogativo dei sinistri denunciati dall'inizio del contratto assicurativo, riportante:

- la numerazione attribuita
- la data di accadimento
- le sole iniziali dell'infortunato
- lo stato del sinistro
- l'importo stimato per la sua definizione, o
- l'importo liquidato
- nonche', qualora il sinistro sia stato respinto, i motivi della sua reiezione.

#### **Art. 16: Costituzione del premio e regolazione – Altre assicurazioni - Buona fede**

Il premio di polizza e' calcolato moltiplicando i premi unitari convenuti per i numeri corrispondenti indicati alla voce "parametri di riferimento" nella scheda di conteggio del premio.

Il premio risulta costituito da una rata pagata anticipatamente calcolata sulla base dei dati forniti al perfezionamento del Contratto di Assicurazione, e da regolazioni annuali (attive o passive) calcolate sulla base dei dati consuntivi.

La Amministrazione fornira' quindi alla Societa' entro i 90 giorni successivi alla scadenza di ogni periodo assicurativo, ai fini della regolazione del premio dell'annualita' precedente, le variazioni numeriche intervenute.

Trascorso senza esito il termine sopra indicato, la Societa' e' tenuta ad inviare una comunicazione scritta di sollecito; trascorsi senza esito anche i 30 giorni successivi al ricevimento di tale comunicazione, l'assicurazione resta sospesa nei confronti della Amministrazione inadempiente, e per essa riprende la sua efficacia dalle ore 24 del giorno di avvenuta comunicazione scritta di tali dati.

A polizza scaduta, la Societa' non e' obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

Qualora nel corso dell'annualita' assicurativa intervengano variazioni del numero di assicurati per inclusioni o esclusioni o per attivazione di gruppi di rischio previsti nella scheda di conteggio del

premio, queste si intendono automaticamente efficaci ed assicurate senza l'obbligo della preventiva comunicazione e saranno soggette a conguaglio al termine dell'annualità stessa.

- Per "parametri di riferimento" si intendono:

- il loro numero, per gli assicurati di cui ai punti 1, 3 dell'art. "Soggetti assicurati"
- il numero dei veicoli di proprietà o in uso all'Amministrazione, per gli assicurati di cui al punto b.1) dell'art. "Efficacia della copertura assicurativa"
- l'ammontare dei chilometri percorsi annualmente, per gli assicurati di cui al punto b.2) dell'art. "Efficacia della copertura assicurativa".

La Amministrazione è esonerata dalla preventiva denuncia delle generalità degli assicurati, per la identificazione dei quali si farà riferimento ai documenti ufficiali in possesso della stessa.

Altrettanto, la Amministrazione e gli assicurati sono esonerati dalla denuncia di altre assicurazioni esistenti per il medesimo rischio.

Si conviene che, ove la Amministrazione abbia in buona fede ommesso di fornire o fornito indicazioni inesatte o incomplete, la Società riconoscerà comunque la piena validità del contratto, fatto salvo il suo diritto a richiedere l'eventuale quota di premio non percepita.

#### **Art. 17: Riparto di coassicurazione e delega**

---

L'assicurazione è ripartita tra le Società assicuratrici elencate nel "Riparto" che segue, in base alle rispettive quote percentuali indicate.

Il termine "Società" indica quindi tutte e ciascuna delle Compagnie assicuratrici elencate nel "Riparto".

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

Le Compagnie coassicuratrici riconosceranno come validi ed efficaci anche nei propri confronti, tutti gli atti compiuti dalla Compagnia delegataria per conto comune, fatta eccezione per l'incasso dei premi di polizza la cui regolazione verrà effettuata dal broker direttamente con ciascuna Società.

⇒ Compagnia ... Quota ... % - Delegataria

⇒ Compagnia ... Quota ... %

#### **Art. 18: Trattamento dei dati**

---

Ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003, ciascuna delle parti consente il trattamento dei dati personali rilevabili dalla polizza o che ne derivino, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali.

#### **Art. 19: Altre assicurazioni - Detrazioni**

---

Per gli Assicurati per i quali sono efficaci anche coperture assicurative a carattere obbligatorio stipulate dalla Amministrazione (quale, ad esempio, la tutela assicurativa Inail), dall'indennizzo dovuto ai sensi del presente contratto verrà dedotto quanto eventualmente spettante ad essi o agli aventi diritto in virtù di tali altre assicurazioni.

## **Art. 20: Disposizione finale**

---

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

La firma apposta dalla Contraente su modelli a stampa forniti dalla Società Assicuratrice vale solo quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio tra le Società partecipanti alla associazione temporanea di imprese (se esistente).

## **Art. 21: Tracciabilità dei flussi finanziari**

La Società assicuratrice, la Società di brokeraggio assicurativo, nonché ogni altra Impresa a qualsiasi titolo interessata al presente contratto (cd filiera) , sono impegnate a osservare gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari in ottemperanza a quanto previsto dalla Legge 13 agosto 2010 n. 136 e s.m.i. .

I soggetti di cui al paragrafo che precede sono obbligati a comunicare alla Stazione appaltante gli estremi identificativi dei conti correnti bancari o postali dedicati, anche se in via non esclusiva, alle movimentazioni finanziarie relative al presente contratto, unitamente alle generalità e al codice fiscale dei soggetti abilitati ad operare su tali conti correnti.

Tutte le movimentazioni finanziarie di cui al presente contratto dovranno avvenire – salve le deroghe previste dalla normativa sopra citata - tramite bonifico bancario o postale (Poste Italiane SpA) e riportare, relativamente a ciascuna transazione, il Codice Identificativo di Gara (CIG) o, qualora previsto, il Codice Unico di Progetto (CUP) comunicati dalla Stazione appaltante.

Il mancato assolvimento degli obblighi previsti dall'art. 3 della citata Legge n. 136/2010 costituisce causa di risoluzione del contratto, ai sensi dell'art. 1456 cc e dell'art. 3, c. 8 della Legge.

## CONTEGGIO DEL PREMIO DI POLIZZA

---

Partita 1	Amministratori		Premio lordo cadauno
	Nr	20	

Partita 2	Dipendenti in missione		
	KM	5000	Premio lordo per KM
	Consulenti e trasporti sui veicoli della Contraente		
	Nr veicoli	40	Premio lordo cadauno

Partita 3	Minori in affidamento		Premio lordo cadauno
	Nr	15	

Partita 4	Minori del centro di aggregazione		Premio lordo cadauno
	Nr	80	

PAGINA DA **NON** COMPILARE IN SEDE DI OFFERTA