



CAPITOLATO SPECIALE D'APPALTO

LOTTO 3

Ambito 3.1

**COPERTURA ASSICURATIVA
INFORTUNI DEL PERSONALE E ALTRI SOGGETTI**

DEFINIZIONI

Nel testo che segue, si intende per:

Amministrazione o Ente: Comune di Grugliasco, 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 nonché, 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

La copertura assicurativa ha effetto dalle ore 24,00 del 30.06.2010 fino alle ore 24,00 del 31.12.2013, con scadenze annuali intermedie al 31.12 di ciascun anno, e non è prorogabile automaticamente.

E' facolta' di ciascuna delle parti rescindere il contratto in occasione di ogni scadenza annuale intermedia mediante comunicazione raccomandata inviata dall'una all'altra parte – e anticipata a mezzo telefax - almeno 120 (centoventi) giorni prima di tale scadenza, fermo che non e' consentito alla Societa' assicuratrice inviare disdetta / recesso solo per una o alcune delle garanzie previste.

L'amministrazione si riserva la facoltà di avvalersi della ripetizione del servizio, ai sensi dell'art. 57, comma 5, lettera b) del D. Lgs. 163/2006, fino ad un massimo di ulteriori anni due, con la stessa impresa aggiudicataria del contratto iniziale. L'aggiudicatario, qualora non interessato alla ripetizione del servizio ai sensi dell'art. 57 predetto, dovrà comunicare inderogabilmente detta intenzione, con preavviso di almeno sei mesi dalla data di scadenza, a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno. In ogni caso, l'impresa aggiudicataria, alla scadenza, sarà tenuta, su richiesta dell'Amministrazione, all'eventuale prosecuzione del servizio, alle stesse condizioni contrattuali, per ulteriori mesi sei, al fine di consentire l'espletamento di una nuova gara ad evidenza pubblica

Resta inteso tra le parti che nel corso del periodo contrattuale possono intervenire revisioni delle condizioni normative e/o economiche, laddove emergano elementi tali da giustificare la loro variazione, secondo quanto previsto dall'art. 115 del D. Lgs. n. 163/2006 .

Art. 2: Gestione del contratto

Il Contraente dichiara di aver affidato la gestione del presente contratto, ovvero la collaborazione all'esecuzione dello stesso, al 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 da' 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 conto 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 è 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, sempreché 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 è 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 annualità assicurativa in corso, ogni parte può recedere dal contratto previa comunicazione all'altra con lettera raccomandata A.R. .

In tale caso la copertura assicurativa rimarrà efficace per ulteriori 90 giorni dal ricevimento dell'avviso di recesso (o per una minor durata, secondo quanto verrà eventualmente richiesto dalla Amministrazione); nei 30 giorni successivi al termine di tale periodo, la Società 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;
2. Direttore generale e/o Segretario generale; Dirigenti, dipendenti di ogni livello, parasubordinati, temporanei, occasionali, a progetto, accessori
3. Volontari del servizio civile nazionale, volontari ed addetti alla Protezione Civile
4. Alunni asilo nido
5. Partecipanti ai corsi organizzati dalla Amministrazione per attività ricreative, sportive, culturali, di aggregazione;

Art. 8: Oggetto dell'assicurazione

Oggetto dell'assicurazione sono gli infortuni occorsi agli assicurati dai quali derivi la morte, o una invalidità permanente assoluta o parziale, o una inabilità 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 :

La copertura assicurativa si riferisce 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 proprietà o in uso a qualunque titolo alla Amministrazione sia in qualità di conducenti che di trasportati

2) durante la guida di veicoli di proprietà o in uso a qualunque titolo agli stessi sia in qualità di conduttori che di trasportati,

nonché, 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. di cui al punto 3: durante lo svolgimento delle attività prestate a favore della Amministrazione, compreso il tragitto tra il/i luogo/i di lavoro nonché da e per l'abitazione;

d. di cui al punto 4: durante lo svolgimento delle attività scolastiche comprese le attività ginnico/sportive. Sono compresi gli infortuni verificatisi durante gli spostamenti ed i trasferimenti resi necessari dallo svolgimento delle suddette attività effettuati a piedi o con l'uso dei normali mezzi di comunicazione sia pubblici che privati, aerei compresi.

e. di cui ai punti 5: durante la partecipazione ai soggiorni o ai corsi, o la fruizione dei servizi, compreso il tragitto da e per l'abitazione;

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,

nonche':

◊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 cioè 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'indennita' in misura pari:

- all'importo indicato nella scheda di conteggio del premio, qualora l'evento abbia per conseguenza una invalidita' permanente assoluta,
- all'importo ottenuto applicando il grado di invalidita' accertato all'importo spettante per il caso di invalidita' permanente assoluta, qualora l'evento abbia per conseguenza una invalidita' permanente parziale.

La Societa', qualora abbia liquidato o comunque offerto in misura determinata l'indennizzo per la invalidita' permanente da infortunio e l'assicurato sia deceduto entro due anni dall'evento, ed in conseguenza di questo, paghera' 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 inabilita' temporanea, la indennita' giornaliera sara' erogata – indipendentemente da eventuali indennizzi dovuti in virtu' 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 inabilita' e' 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 endoprotesi 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: Modalità per la liquidazione dell'indennità

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

La Società 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 invalidità permanente di grado superiore al 20% (ventiprocento), la Società porrà a disposizione dell'infortunato un terzo della indennità corrispondente al danno al momento valutato, con riserva di successivo accertamento e conguaglio; il pagamento di tale anticipazione avverrà entro 30 giorni dal ricevimento, da parte della Società, della certificazione medica da cui risulti l'entità presunta della invalidità.

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 solidarietà;

◊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 attività 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 solidarietà 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 Società e dall'assicurato. A tal fine la Società invierà a quest'ultimo una proposta di indennità.

Qualora l'assicurato non intenda accettare la proposta pervenuta, la valutazione delle conseguenze attribuibili all'evento verterà, su domanda dello stesso, deferita ad un collegio di tre periti nominati uno dalla Società 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 eleggerà 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 sarà impegnativa per le parti ed inappellabile anche in eventuale mancanza di sottoscrizione del perito dissenziente.

Art. 15: Denuncia dei sinistri – Impegni della Società

La denuncia del sinistro verrà effettuata per iscritto dalla Amministrazione, per il tramite del broker, entro quindici giorni lavorativi dall'evento o da quando l'Ufficio Assicurazioni della stessa ne sia venuto a conoscenza, e conterrà l'indicazione del giorno, luogo e ora dell'evento, la descrizione delle cause che lo determinarono, l'indicazione dei nominativi di eventuali testimoni, nonché tutti gli elementi atti a consentire una adeguata ricostruzione dell'evento, e sarà 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 Società.

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 Società.

Entro il 31 marzo e il 30 settembre di ciascun anno, la Società fornirà 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
- nonché, 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 è 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 fornirà quindi alla Società entro i 90 giorni successivi alla scadenza di ogni periodo assicurativo, ai fini della regolazione del premio dell'annualità precedente, le variazioni numeriche intervenute.

Trascorso senza esito il termine sopra indicato, la Società è 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 Società non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

Qualora nel corso dell'annualità 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, 4 e 5 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: Partecipazione delle Società – Associazione temporanea di imprese

(operante se del caso)

Il servizio assicurativo di cui alla presente polizza è effettuato dalle Compagnie assicuratrici componenti la Associazione Temporanea di Imprese:

⇒Compagnia ... Società mandataria

⇒Compagnia ... Società mandante

⇒Compagnia ... Società mandante

Il termine "Società" indica quindi tutte e ciascuna delle Compagnie assicuratrici costituenti l'Associazione Temporanea di Imprese.

La Società mandante riconosce come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti compiuti dalla Società mandataria per conto comune.

Le Società convengono che l'incasso dei premi di polizza avverrà per il tramite del broker, che provvederà a corrisponderlo a ciascuna Società secondo le rispettive quote percentuali di partecipazione alla Associazione Temporanea di Imprese:

⇒Compagnia ... Quota xx%

⇒Compagnia ... Quota xx%

⇒Compagnia ... Quota xx%

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: Disposizioni finali

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).

In caso di dubbia interpretazione delle clausole contrattuali prevarrà l'interpretazione estensiva e/o più favorevole all'Amministrazione Comunale.

L'Assicuratore rinuncia, ora per allora, a richiedere la risoluzione del contratto per eccessiva onerosità sopravvenuta, ai sensi dell'art. 1467 del c.c., nonché la revisione di cui all'art. 1664 del c.c. In caso di mancato rispetto dei termini di pagamento dell'indennizzo di cui alle condizioni di assicurazione definite nel capitolato speciale d'appalto resta convenuto che l'Assicuratore è tenuto al pagamento, a titolo di penale ai sensi dell'art. 1382 del c.c., e con l'espressa risarcibilità dell'ulteriore danno, della somma di € 100,00 (cento/00) per ogni giorno di ritardo. Tale penale verrà a titolo di compensazione detratta dal premio o dalla rata di premio.

Nel caso in cui l'Assicuratore si rendesse gravemente inadempiente agli obblighi discendenti dall'applicazione, esecuzione e/o interpretazione del presente contratto, l'Amministrazione Comunale ha la facoltà di recedere unilateralmente dal contratto, mediante semplice comunicazione. Nel caso in cui l'Assicuratore si rendesse gravemente inadempiente agli obblighi, e specificamente qualora:

- il ritardo nella liquidazione del danno si protragga oltre i termini di cui al presente capitolato speciale d'appalto
- le penali applicate ai sensi del precedente paragrafo superino il 10% del valore del presente contratto di assicurazione, si intenderà risolto ai sensi e per gli effetti dell'art. 1456 del c.c..

La risoluzione avrà effetto dalla data del ricevimento della relativa comunicazione scritta tramite raccomandata A/R o fax dell'Amministrazione che intende avvalersi della presente clausola risolutiva all'Assicuratore e fatto salvo, comunque, il diritto dell'Amministrazione Comunale al risarcimento del danno.

È fatto espressamente divieto all'aggiudicatario di cedere a terzi, in tutto o in parte, il contratto e/o diritti dello stesso derivanti.

CONTEGGIO DEL PREMIO DI POLIZZA

Destinatari dell'assicurazione	Capitali assicurati						Numero assicurati	Premio imp. unitario	Premio imp. totale
	caso morte	invalidità permanente	Diarie per ricovero	spese mediche	Rottura occhiali	Protesi dentarie			
1. Amministratori	150.000,00	150.000,00	75,00	7.500,00			40		
2. Direttore e/o Segretario Dirigenti e dipendenti	140.000,00	210.000,00	0,00	7.500,00			45 veicoli ente Km. 6.000		
3. Volontari del servizio civile ecc	155.000,00	155.000,00	50,00	7.500,00	..		10		
4. Alunni Asilnido	50.000,00	150.000,00	50,00	5.000,00	400,00	2.500,00	128		
5. Partecipanti ai corsi organizzati dalla Am	50.000,00	150.000,00	50,00	5.000,00	400,00	2.500,00	50		

Elenco sinistri

SINISTRI INFORTU- NI							
Data evento		Esito		Totale li- quidato		Totale riser- vato	
13/11/2008		Aperto				€ 1.500,00	
16/03/2009		Aperto				€ 2.500,00	
30/04/2009		Aperto				€ 3.500,00	
20/01/2010		Aperto				€ 1.500,00	