

Azienda Ospedaliera di Cosenza
Via San Martino snc
87100 – COSENZA

Capitolato di Polizza di Assicurazione
Infortuni e Danni Accidentali
Dipendenti in missione



General Broker Service S.p.A.

Direzione Generale

Via Angelo Bargoni, 8 – 00153 Roma tel. +39 06.830903 fax +39 06.58334546 E-mail : gbs@gbsspa.it

Definizioni

ASSICURATO

Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

ASSICURAZIONE

Il contratto di assicurazione.

ATTIVITA'

Quella svolta in qualità di Azienda Sanitaria per statuto, per legge, per regolamenti o delibere, compresi i provvedimenti emanati dai propri organi. Eventuali variazioni che interverranno saranno automaticamente recepite. La definizione comprende anche tutte le attività accessorie, complementari, connesse e collegate, preliminari e conseguenti all'attività principale, ovunque e comunque svolte.

BROKER

La G.B.S. S.p.A. General Broker Service (in seguito detta General Broker o più semplicemente Broker).

CONTRAENTE

L'Azienda Ospedaliera di Cosenza.

FRANCHIGIA

L'importo prestabilito di danno indennizzabile che rimane a carico del Contraente (come da obblighi contrattuali o di legge).

INDENNIZZO/ RISARCIMENTO

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

POLIZZA

Il documento contrattuale che prova l'assicurazione.

PREMIO

La somma dovuta alla Società.

RISCHIO

La probabilità del verificarsi del sinistro.

SCOPERTO

La percentuale prestabilita di danno indennizzabile che resta a carico del Contraente (come da obblighi contrattuali o di legge).

SINISTRO

Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.

SOCIETA'

L'Impresa assicuratrice.

Data

La Società

Il Contraente

Definizioni di settore

INABILITA' TEMPORANEA

Temporanea incapacità fisica dell'Assicurato di attendere alle attività assicurate in polizza.

INFORTUNIO

Evento dovuto a causa violenta, fortuita ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

INVALIDITA' PERMANENTE

Diminuzione o perdita definitiva ed irrimediabile della generica capacità dell'Assicurato a svolgere un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione esercitata.

Data / /

La Società

Il Contraente

Art. 1 - Norme che regolano l'assicurazione in generale

Art. 1.1 - Prova del contratto

Il contratto di assicurazione e le sue eventuali modifiche devono essere provate per iscritto. Sul contratto, o su qualsiasi altro documento che concede la copertura, deve essere indicato l'indirizzo della sede sociale e, se del caso, della succursale della Società che concede la copertura assicurativa.

Art. 1.2 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

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

Art. 1.3 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

A parziale deroga dell'art. 1901 del Codice Civile e dell'art. 1 del D.Lgs 09 novembre 2012, n. 192, il Contraente è tenuto al pagamento della prima rata di premio entro 60 giorni dalla data della decorrenza della polizza. In mancanza di pagamento, la garanzia rimane sospesa dalla fine di tale periodo e riprende vigore alle ore 24:00 del giorno in cui viene pagato il premio di perfezionamento.

Se il Contraente non paga il premio per le rate successive, la garanzia resta sospesa dalle ore 24 del 60° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore alle ore 24:00 del giorno in cui viene pagato quanto dovuto, ferme restando le scadenze contrattualmente stabilite.

I termini di cui al comma precedente si applicano anche in occasione del perfezionamento di documenti emessi dalla Società, a modifica e variazione del rischio, che comportino il versamento di premi aggiuntivi.

Art. 1.4 - Aggravamento del rischio

Il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento di rischio a lui noto.

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 Codice Civile.

Art. 1.5 - Diminuzione del rischio

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

Art. 1.6 - Buona fede

L'omissione da parte del Contraente di una circostanza eventualmente aggravante il rischio, così come le inesatte e/o incomplete dichiarazioni del Contraente all'atto della stipulazione del contratto o durante il corso dello stesso, non pregiudicano il diritto all'indennizzo dei danni, sempreché tali omissioni o inesatte dichiarazioni siano avvenute in buona fede (quindi esclusi i casi di dolo o colpa grave). Rimane fermo il diritto della Società, una volta venuta a conoscenza di circostanze aggravanti, che comportino un premio maggiore, di richiedere la relativa modifica delle condizioni in corso (aumento del premio con decorrenza dalla data in cui le circostanze aggravanti siano venute a conoscenza della Società o, in caso di sinistro, conguaglio del premio per l'intera annualità in corso).

Art. 1.7 - Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società può recedere dall'assicurazione con preavviso di 120 giorni. In tale caso, la Società, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio netto relativa al periodo di rischio non corso.

Art. 1.8 - Durata del contratto

Il contratto di assicurazione ha la durata indicata nell'Allegato (Prospetto di offerta); non è previsto il tacito rinnovo.

Art. 1.9 - Oneri fiscali

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

Art. 1.10 - Foro competente

Foro competente è esclusivamente quello del luogo ove ha sede il Contraente.

Art. 1.11 - Rinvio alle norme di legge

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

Art. 1.12 - Coassicurazione e delega

A deroga dell'art. 1911 Codice Civile, la Delegataria risponderà direttamente anche della parte di indennizzo a carico delle Coassicuratrici.

Tutte le comunicazioni relative al presente contratto si intendono fatte o ricevute dalla Società Delegataria, all'uopo designata dalle Società Coassicuratrici, in nome e per conto di tutte le Società Coassicuratrici. La firma apposta dalla Società Delegataria rende l'atto valido ad ogni effetto, anche per la parte delle medesime.

Art. 1.13 - Assicurazioni presso diversi assicuratori

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare alla Società eventuali altre polizze da lui stipulate per i medesimi rischi.

Art. 1.14 - Clausola broker

Ad ogni effetto di legge, le Parti contraenti riconoscono irrevocabilmente alla General Broker Service SpA il ruolo di cui al D. Lgs. n. 209/2005, relativamente alla conclusione ed alla gestione della presente assicurazione e per tutto il tempo della durata, incluse riforme o sostituzioni.

In conseguenza di quanto sopra si conviene espressamente:

- che il Broker, nell'ambito della normativa richiamata, sia responsabile della rispondenza formale e giuridica dei documenti contrattuali nonché della legittimità della sottoscrizione degli stessi da parte della Società;
- di riconoscere che tutte le comunicazioni che, per legge o per contratto, il Contraente/Assicurato è tenuto a fare alla Società, si intendono valide ed efficaci anche se notificate al Broker;
- che il pagamento dei premi dovuti alla Società, per qualsiasi motivo relativo alla presente assicurazione, venga effettuato dal Contraente al Broker. Il pagamento così effettuato ha effetto liberatorio per il Contraente ai sensi dell'art. 1901 C.C. La Società delegataria o ogni eventuale società coassicuratrice, delegano quindi esplicitamente il Broker, all'incasso

del premio, in ottemperanza al comma 2 dell'art. 118 D. Lgs 209/2005 e con gli effetti per la Contraente previsti al primo comma del medesimo articolo;

- che le somme incassate dal Broker vengano da questi rimesse agli assicuratori secondo gli accordi vigenti o, in mancanza, entro il giorno dieci del mese successivo a quello di incasso. All'uopo il Broker trasmetterà alla/e Società distinta contabile riepilogativa della disposizione effettuata. Il presente comma è efficace qualora Broker e Società non abbiano convenuto diversa regolamentazione dei rapporti.
- che le variazioni alla presente assicurazione richieste dalla Contraente al Broker, in forma scritta, siano immediatamente efficaci quando accettate dalla Società. Qualora le stesse comportino il versamento di un premio aggiuntivo, i termini di effetto sono subordinati alla disciplina dell'art. 1.3 "Pagamento del premio";
- che l'opera del Broker, unico intermediario nei rapporti con le Compagnie di Assicurazione, verrà remunerata dalle Compagnie con le quali verranno stipulati, modificati, e/o prorogati i contratti, secondo quanto disciplinato dagli accordi tra le stesse ed il Broker incaricato. In mancanza di tali accordi di libera collaborazione, l'opera del Broker verrà remunerata dalla Società secondo la media delle commissioni di mercato riconosciuta al Broker. La remunerazione del Broker non dovrà in ogni caso rappresentare un costo aggiuntivo per il Contraente, e andrà dalla Società assorbita nella componente di costo altrimenti identificata nel premio, per gli oneri di distribuzione e produzione.
- che la gestione dei sinistri, fino a che non diventino vertenze legali, venga curata per conto del Contraente/Assicurato dal Broker;
- che il Broker ha ottemperato agli obblighi assicurativi di Legge di cui all'art. 112, comma 3 del D. Lgs 209/2005 e si impegna a produrre copia della vigente polizza a semplice richiesta scritta della/e Società in qualunque momento del rapporto;

Il presente articolo sarà privo di efficacia dal momento in cui dovesse venire a mancare l'obbligatoria iscrizione del Broker al RUI, istituito presso l'ISVAP con provvedimento n° 5 del 16/10/2006.

Art. 1.15 - Obbligo di fornire i dati dell'andamento del rischio

Con periodicità annuale, la Società s'impegna a fornire al Contraente, entro trenta giorni dal termine dell'annualità assicurativa, i dati afferenti l'andamento del rischio. In particolare la Società fornirà il rapporto sinistri/premi, sia in via aggregata che disaggregata, onde consentire al Contraente di predisporre, con cognizione, le basi d'asta ed alle Imprese offerenti, in ipotesi di gara, di effettuare le proprie offerte su dati tecnici personalizzati.

La statistica sinistri dovrà essere così suddivisa:

- sinistri denunciati;
- sinistri riservati (con indicazione dell'importo a riserva);
- sinistri liquidati (con indicazione dell'importo liquidato);
- sinistri respinti (con indicazione della motivazione)

La Società si impegna altresì a fornire alla Contraente i dati afferenti l'andamento del rischio in qualsiasi momento entro il termine di 30gg da quando l'Ente e/o il Broker ne abbiano fatto formalmente richiesta.

L'obbligo di fornire i dati i dati relativi all'andamento tecnico del rischio, permane in capo alla Società anche oltre la scadenza contrattuale e fino a quando tutti i sinistri denunciati sul contratto non sono stati definiti.

Art. 1.16 - Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società

Tutte le comunicazioni, alle quali il Contraente è tenuto, devono essere fatte con lettera raccomandata e/o fax e/o e-mail e/o telegramma indirizzati al Broker.

Analoga procedura adotta la Società nei confronti del Contraente.

Art. 1.17 - Elementi per il calcolo del premio

Il premio viene anticipato in base all'applicazione dei tassi, che rimangono fissi per tutta la durata del contratto, da applicarsi sui parametri, espressamente indicati nell'Allegato (Prospetto di offerta); il calcolo del premio di regolazione, se dovuto, verrà effettuato utilizzando i tassi indicati nell'Allegato (Prospetto di offerta).

Art. 1.18 - Regolazione e conguaglio del premio

Se il premio viene anticipato, in via provvisoria, per l'importo risultante dal conteggio esposto nell'Allegato (Prospetto di offerta) alla presente polizza, lo stesso sarà regolato alla fine del periodo assicurativo annuo, secondo le variazioni intervenute, durante lo stesso periodo, negli elementi presi come base per il calcolo del premio.

A tale scopo, entro 90 giorni dalla fine dell'anno assicurativo, il Contraente deve fornire, per iscritto, i dati necessari per la regolazione del premio alla Società (per il tramite del Broker), che provvederà ad emettere ed a recapitare al Broker la relativa appendice contrattuale.

Le differenze, attive o passive, risultanti dalla regolazione, devono essere pagate entro 60 giorni dalla data di ricezione del relativo documento, ritenuto corretto.

Se nel termine di scadenza di cui sopra il Contraente non fa luogo alle anzidette comunicazioni circa la regolazione del premio, oppure non paga la differenza attiva del premio dovuto nei termini indicati, la Società fisserà un ulteriore termine di 60 giorni dando comunicazione al medesimo a mezzo lettera raccomandata. Trascorso detto termine, la garanzia resterà sospesa, fermo l'obbligo del Contraente di provvedere al pagamento del premio di regolazione dovuto.

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. 1.19 - Efficacia temporale della garanzia

Le garanzie prestate avranno efficacia per i fatti accaduti durante la vigenza del presente contratto.

Art. 1.20 – Trattamento dati

Ai sensi del D.lgs. 30 giugno 2003 n. 196, le Parti consentono il trattamento dei dati personali contenuti nella presente polizza o che derivino, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali (come da allegata informativa ex art. 13 condizioni privacy).

Art. 1.21 – Tracciabilità dei flussi finanziari

Le Parti:

- la Società, ai sensi e per gli effetti dell'art. 3, comma 7, Legge 136/2010 s.m.i., si impegna a comunicare sia al Broker, intermediario dei premi ai sensi della apposita "clausola broker", sia alla Stazione Appaltante, gli estremi identificativi dei conti correnti dedicati di cui al comma 1 della medesima Legge, entro sette giorni dalla loro accensione, o nel caso di conti correnti già esistenti, dalla loro prima utilizzazione in operazioni finanziarie relative alla commessa pubblica, nonché, nello stesso termine, le generalità ed il codice fiscale delle persone delegate ad operare su di essi. La Società si impegna, altresì, a comunicare ogni eventuale variazione relativa ai dati trasmessi.
- Il Broker ai sensi e per gli effetti dell'art. 3, comma 7, Legge 136/2010 s.m.i., si impegna a comunicare alla Stazione Appaltante ogni eventuale variazione relativa ai dati trasmessi.

Il presente contratto, si intenderà risolto di diritto nel caso in cui le transazioni dovessero essere eseguite senza avvalersi di banche o della società Poste italiane S.p.A. ovvero con altri strumenti di pagamento idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni.

L'Appaltatore, il Subappaltatore o il Subcontraente che ha notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria di cui al presente articolo ne dà immediata comunicazione alla Stazione Appaltante e alla prefettura-ufficio territoriale del Governo della provincia ove ha sede la Stazione Appaltante o l'amministrazione concedente.

www.AlboPreTORionline.it 1710215

Art. 2 - Norme che regolano l'assicurazione in particolare

Sezione I - Infortuni

Le norme che seguono prevalgono in caso di discordanza sulle norme che regolano l'assicurazione in generale.

L'eventuale discordanza tra le norme che regolano l'assicurazione in generale, le norme che regolano l'assicurazione in particolare, le norme del Codice Civile sui contratti di assicurazione e gli atti legislativi indicati nell'Allegato (Prospetto di offerta), verrà risolta sempre nella maniera più favorevole al Contraente e/o agli Assicurati.

Sez. I Art. 2.1 - Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione è prestata per gli infortuni che i dipendenti del Contraente e altre categorie per le quali dovesse insorgere un obbligo di legge o contrattuale alla copertura da parte della Contraente (per queste ultime, se non diversamente disciplinato, si intenderà applicabile, per analogia, la normativa prevista per i dipendenti), autorizzati a servirsi in occasione di missioni o per adempimenti di servizio fuori ufficio di mezzo di trasporto privato o di mezzo di trasporto di proprietà, o in locazione finanziaria all'Ente stesso, a noleggio e/o comunque nella disponibilità dell'Ente, subiscano 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 da parte del Contraente.

Sez. I Art. 2.2 - Rischi inclusi nell'assicurazione

Ai sensi della presente polizza sono considerati parificati ad infortunio anche i seguenti eventi:

- annegamento;
- folgorazione;
- effetti delle influenze termiche ed atmosferiche;
- assideramento e/o congelamento;
- asfissia per involontaria aspirazione di gas o vapori, soffocamento da ingestione di solidi e liquidi e comunque di qualunque corpo estraneo;
- avvelenamenti acuti da ingestione di cibo o altra sostanza;
- intossicazione anche non avente origine traumatica;
- lesioni da contatto con sostanze corrosive;
- i colpi di sole o di calore;
- le lesioni muscolari (esclusi gli infarti);
- le ernie traumatiche e da sforzo, incluse anche le ernie discali;
- conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche o di altre cure rese necessarie da infortunio;
- danni estetici conseguenti ad infortunio.

Sono inoltre compresi i seguenti eventi:

- infortuni sofferti in stato di malore o incoscienza;
- infortuni derivanti da imperizia, imprudenza, negligenza anche gravi;
- infortuni subiti in occasione di inondazioni, alluvioni, straripamenti, caduta del fulmine, eruzioni vulcaniche ed altri eventi naturali;
- infortuni derivanti da aggressioni in genere;

- infortuni subiti in occasione di tumulti popolari, atti di terrorismo, scioperi sommosse, sabotaggio, attentati, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva.

Sez. I Art. 2.3 - Delimitazione dell'assicurazione – Esclusioni

Sono esclusi dalla presente assicurazione gli infortuni derivanti:

- dall'uso e guida di mezzi di locomozione aerei e subacquei;
- dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, paracadutismo, speleologia, immersioni subacquee con uso di autorespiratore, alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai presentanti difficoltà superiori al terzo della Scala Monaco, salvo che siano effettuati con guida o alpinista esperto, salto dal trampolino con sci e sport aerei in genere;
- dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove) a livello professionistico, salvo che si tratti di gare automobilistiche di regolarità pura o di gare podistiche, di bocce, ginnastica, pattinaggio, golf, pesca senza uso di autorespiratore, squash, scherma, tennis, regate veliche escluse quelle di altura, gare e/o partite aziendali e/o aventi carattere ricreativo o di attività ciclo amatoriali;
- da guerra e/o insurrezioni;
- da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche;
- da abuso di psicofarmaci e/o dall'uso non terapeutico di sostanze stupefacenti e/o di allucinogeni;
- da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- da stato di intossicazione acuta alcolica alla guida di qualsiasi veicolo e/o natante;
- da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- da effetti di contaminazioni chimiche e biologiche dovute ad atti di terrorismo.

Sez. I Art. 2.4 – Somme assicurate

Le somme assicurate sono quelle indicate nell'Allegato (Prospetto di offerta).

Sez. I Art. 2.5 - Assicurabilità

Le garanzie assicurative non valgono per le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, epilessia o dalle seguenti infermità mentali: schizofrenia, sindromi organiche-cerebrali, forme maniaco depressive, stati paranoici; l'assicurazione altresì cessa con il manifestarsi di una delle predette condizioni.

L'assicurazione non vale, inoltre, per le persone di età maggiore di 75 anni. Tuttavia per persone che raggiungano tale età nel corso del contratto di assicurazione, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa al compimento di detto termine, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti, dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso verranno restituiti a richiesta del Contraente.

Sez. I Art. 2.6 - Limiti territoriali

L'assicurazione vale per i sinistri che avvengono nel territorio della Repubblica Italiana, Repubblica di San Marino, Città del Vaticano, degli Stati membri della Comunità Europea e degli Stati compresi nella Carta Internazionale (carta Verde).

Per gli altri Stati la validità delle garanzie è subordinata alla conferma scritta da parte della Società.

Sez. I Art. 2.7 - Morte

La somma assicurata per il caso Morte viene liquidata dalla Società ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi in parti uguali, purché la morte dell'Assicurato risulti conseguente ad un infortunio risarcibile a termini di polizza e questa si verifichi entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio stesso è avvenuto.

Sez. I Art. 2.8 - Invalidità Permanente

Se l'infortunio ha per conseguenza una Invalidità Permanente e questa si verifica entro due anni dal giorno nel quale è avvenuto, la Società liquida per tale titolo una indennità calcolata sulla somma assicurata per invalidità assoluta, secondo la tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali, (con esclusione comunque di ogni e qualsiasi invalidità conseguente a malattia professionale) approvata con D.P.R. del 30-06-1965 n° 1124, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista.

Per gli Assicurati mancini, le percentuali di Invalidità Permanente previste dalla precisata tabella per l'arto superiore destro varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa.

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

Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti, le percentuali previste nella predetta tabella sono addizionate fino al massimo del 100% della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente Totale.

Sez. I Art. 2.9 - Cumulo di indennità

Se dopo il pagamento di una indennità per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari designati o, in difetto, agli eredi, la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore, e non chiede rimborso nel caso contrario.

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.

Sezione II - Danni Accidentali

Le condizioni particolari che seguono prevalgono in caso di discordanza sulle norme che regolano l'assicurazione in generale.

L'eventuale discordanza tra le norme che regolano l'assicurazione in generale, le norme che regolano l'Assicurazione in particolare, le norme del Codice Civile sui contratti di assicurazione e gli atti legislativi indicati nell'Allegato (Prospetto di offerta), verrà risolta sempre nella maniera più favorevole al Contraente e/o agli Assicurati.

Sez II Art. 2.1 - Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione è prestata per la copertura dei rischi, non compresi nell'assicurazione obbligatoria di legge, di danneggiamento al mezzo di trasporto privato usato dai dipendenti del Contraente, ivi inclusi i Medici convenzionati, e altre categorie per le quali dovesse insorgere un obbligo di legge o contrattuale alla copertura da parte del Contraente (per queste ultime, se non diversamente disciplinato, si intenderà applicabile, per analogia, la normativa prevista per i dipendenti), autorizzati a servirsi in occasione di missioni o per adempimenti di servizio fuori ufficio di mezzo di trasporto privato, durante il tempo strettamente necessario per l'esecuzione delle prestazioni di servizio.

Sez II Art. 2.2 - Limite di risarcimento (a deroga dell'art. 1907 del Codice Civile)

La Società Assicuratrice garantisce il risarcimento dei danni subiti fino al massimo per veicolo indicato nell'Allegato (Prospetto di offerta), intendendosi assicurato il valore commerciale del veicolo come ricavato dall'Eurotax giallo o, in mancanza, da pubblicazioni similari, purché, fatto salvo quanto indicato in premessa, conseguenti a:

- urto, collisione, ribaltamento e uscita di strada;
- atti vandalici e dolosi di terzi;
- terrorismo e sabotaggio;
- danni ai cristalli causati da qualsiasi evento (escluse rigature e/o segnature)
- eventi naturali e/o atmosferici;
- incendio e furto/rapina, nonché quelli conseguenti e successivi a furto e rapina – consumati o tentati.

Per i danni parziali non verrà applicato il degrado; in nessun caso l'indennizzo potrà superare il valore commerciale.

La garanzia, limitatamente agli atti vandalici e sociopolitici, viene prestata applicando, in caso di sinistro, uno scoperto del 10% con il minimo di Euro 250,00 (duecentocinquanta Euro), a carico del Contraente e non opponibile all'Assicurato, regolato attraverso resoconti semestrali; il relativo pagamento dovrà essere effettuato dal Contraente alla Società entro il 60° giorno dalla ricezione della relativa appendice.

Sez II Art. 2.3 - Limiti territoriali

L'assicurazione vale per i sinistri che avvengono nel territorio della Repubblica Italiana, Repubblica di San Marino, Città del Vaticano, degli Stati membri della Comunità Europea e degli Stati compresi nella Carta Internazionale (carta Verde).

Per gli altri Stati la validità delle garanzie è subordinata alla conferma scritta da parte della Società.

Sez II Art. 2.4 – Delimitazione dell'assicurazione

L'assicurazione non è operante per i danni:

- avvenuti quando il mezzo di trasporto è guidato da persone non munite di regolare patente ovvero mancanti dei requisiti previsti dalla legge;
- derivanti dall'utilizzo improprio del mezzo di trasporto rispetto alle caratteristiche previste dal libretto di circolazione;

- verificatisi in conseguenza di attività illecite od estranee agli scopi della missione o dell'adempimento di servizio.
- provocati dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti;
- verificatisi durante la partecipazione a gare o competizioni sportive e relative prove ed allenamenti;
- avvenuti quando il conducente si trova in stato di ubriachezza e/o di alterazione psichica dovuta ad uso di sostanze stupefacenti;
- determinati od agevolati da dolo del Contraente o delle persone incaricate della guida;
- originati direttamente ed esclusivamente da atti di guerra, occupazioni militari, invasioni, insurrezioni, sviluppo- comunque insorto - di energia, ancorché detti danni siano occorsi durante la circolazione.

Sez II Art. 2.5 – Rinuncia alla rivalsa

La Società a deroga di quanto disposto dall'art. 1916 del Codice Civile, rinuncia al diritto di surroga nei confronti del conducente debitamente autorizzato alla guida del mezzo di trasporto e dei trasportati.

Art. 3 - Norme che regolano la gestione sinistri

Sezione I - Infortuni

Sez. I Art. 3.1 - Denuncia dei sinistri - Obblighi in caso di sinistro

Entro 30 giorni dal fatto o dal giorno in cui l'ufficio competente del Contraente ne è venuto a conoscenza deve essere fatta denuncia di ciascun sinistro al Broker. La denuncia deve contenere la narrazione del fatto, l'indicazione delle conseguenze, il nome ed il domicilio degli infortunati e dei testimoni, la data, il luogo e le cause del sinistro.

Il Contraente deve poi far seguire, nel più breve tempo possibile, la ulteriore documentazione del caso.

La denuncia deve essere corredata dalla fotocopia della pagina del registro da cui risultino i dati relativi alla missione o altra documentazione equivalente od equipollente.

Sez. I Art. 3.2 - Controversie

In caso di divergenze sulla natura e sulle conseguenze delle lesioni, sul grado di invalidità permanente o sul grado o durata della inabilità temporanea, le Parti si obbligano a conferire mandato, con scrittura privata, ad un Collegio di tre medici di decidere a norma e nei limiti delle Condizioni di polizza. Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge.

La proposta di convocare il Collegio Medico deve partire dall'Assicurato o dagli aventi diritto e deve essere fatta per iscritto con l'indicazione del nome del medico designato, dopo di che la Società comunica all'Assicurato il nome del medico che essa a sua volta designa. Il terzo medico viene scelto dalle Parti sopra una terna di medici proposta dai primi due; in caso di disaccordo lo designa il Segretario dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio Medico. Nominato il terzo medico, la Società convoca il Collegio invitando l'Assicurato a presentarsi. Il Collegio Medico risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza e/o domicilio dell'Assicurato.

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

La decisione del Collegio Medico è obbligatoria per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

Sez. I Art. 3.3 - Liquidazione

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 corrente.

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

Sezione II - Danni Accidentali

Sez. II Art. 3.1 - Denuncia dei sinistri - Obblighi in caso di sinistro

Entro 30 giorni dal fatto o dal giorno in cui l'ufficio competente del Contraente ne è venuto a conoscenza deve essere fatta denuncia di ciascun sinistro al Broker. La denuncia deve contenere la narrazione del fatto, l'indicazione delle conseguenze, la data, il luogo e le cause del sinistro.

Il Contraente deve poi far seguire, nel più breve tempo possibile, la ulteriore documentazione del caso.

La denuncia deve essere corredata dalla fotocopia della pagina del registro da cui risultino i dati relativi alla missione o altra documentazione equivalente od equipollente.

Sez. II Art. 3.2 - Liquidazione dei danni - Nomina dei Periti

L'ammontare del danno è concordato dalle parti, direttamente oppure, a richiesta di una di esse, mediante Periti nominati uno dalla Società ed uno dal Contraente con apposito atto unico.

I due Periti devono nominarne un terzo quando si verifichi disaccordo fra loro o anche prima su richiesta di uno di essi. Le decisioni sui punti controversi sono prese a maggioranza.

Ciascun Perito ha facoltà di farsi assistere e coadiuvare da altre persone, le quali potranno intervenire nelle operazioni peritali, senza però avere alcun voto deliberativo.

Se una delle Parti non provvede alla nomina del proprio Perito o se i Periti non si accordano sulla nomina del terzo, tali nomine, anche su istanza di una sola delle Parti, sono demandate al Presidente del Tribunale nella cui giurisdizione il sinistro è avvenuto.

Ciascuna delle Parti sostiene le spese del proprio Perito, quelle del terzo Perito sono ripartite a metà.

Sez. II Art. 3.3 - Mandato dei Periti

I Periti devono:

- 1) verificare l'esattezza delle descrizioni e delle dichiarazioni risultanti dagli atti contrattuali, nonché verificare se l'Assicurato od il Contraente ha adempiuto agli obblighi di cui alla Sez. II art. 3.1 (Obblighi in caso di sinistro);
- 2) indagare su circostanze di luogo e di tempo, natura, causa e modalità del sinistro;
- 3) verificare l'esistenza, la qualità e la quantità delle cose assicurate, determinandone il relativo valore;
- 4) procedere alla stima ed alla liquidazione del danno.

I risultati delle operazioni peritali concretati dai Periti concordi oppure dalla maggioranza in caso di perizia collegiale, devono essere raccolti in apposito verbale (con allegate le stime dettagliate) da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

I risultati delle valutazioni di cui ai punti 3) e 4) sono obbligatori per le Parti, le quali rinunciano fin da ora a qualsiasi impugnativa, salvo il caso di dolo, errori, violenza o di violazione dei patti contrattuali, pregiudicata in ogni caso qualsivoglia azione od eccezione inerente l'indennizzabilità del danno.

La perizia collegiale è valida anche se un Perito si rifiuta di sottoscriverla; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri Periti nel verbale definitivo di perizia.

I Periti sono dispensati dall'osservanza di ogni formalità giudiziaria.

Si conviene che le operazioni peritali verranno impostate e condotte in modo da non pregiudicare l'attività esercitata.

Sez. II Art. 3.4 - Liquidazione

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

Art. 4 - Condizioni particolari

Sezione I - Infortuni

Sez. I Art. 4.1 - Rinuncia alla rivalsa

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

Sez. I Art. 4.2 - Morte presunta

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato, e si presuma sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà ai beneficiari il capitale previsto per il caso Morte. La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termine degli artt. 60 e 62 Codice Civile.

Resta inteso che, se dopo che la Società ha pagato l'indennità, risulterà che l'Assicurato è vivo, la Società avrà diritto alla restituzione della somma pagata.

A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'Invalidità Permanente eventualmente subita.

Sez. I Art. 4.3 - Ernie traumatiche e da sforzo

A specificazione di quanto disposto a tale proposito alla Sez I art. 2.2 (Rischi inclusi nell'assicurazione), si conviene che l'assicurazione comprende, limitatamente ai casi di Invalidità Permanente e di Inabilità Temporanea, ove prevista, le ernie da causa violenta, con l'intesa che:

- nel caso di ernia addominale operata o operabile viene riconosciuto l'indennizzo per il solo caso di Inabilità Temporanea fino ad un massimo di 30 giorni;
- nel caso di ernia addominale non operabile secondo parere medico, viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 10% (dieci per cento) della somma assicurata;
- qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio medico, di cui alla Sez. I art. 3.2 (Controversie).

Sez. I Art. 4.4 - Movimenti tellurici

L'assicurazione comprende gli infortuni derivanti da movimenti tellurici.

Sez. I Art. 4.5 - Rischio guerra

La garanzia assicurativa prestata all'estero si intende estesa agli infortuni derivanti dallo stato di guerra, per un periodo massimo di quattordici giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici.

Sez. I Art. 4.6 - Esonero denuncia di infermità e difetti

Fermo restando quanto disposto dall'Art. 2 Norme che regolano l'assicurazione in particolare - Sezione I - Infortuni, si dà atto che il Contraente è esonerato dalla denuncia di difetti, infermità o mutilazioni cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione del contratto o che dovessero in seguito sopravvenire.

In caso di infortunio, l'indennità per Invalidità Permanente viene liquidata per le sole conseguenze dirette causate dall'infortunio, conformemente a quanto previsto dal presente contratto.

Sez. I Art. 4.7 - Danni estetici

Si conviene che, in caso di infortunio che abbia cagionato un danno di carattere estetico e lo stesso risulti non altrimenti indennizzabile ai termini del presente contratto, la Società riconoscerà il rimborso delle spese mediche sostenute dall'Assicurato per la riduzione del danno fino a concorrenza di Euro 3.000,00 per evento.

Sez. I Art. 4.8 - Rischio in itinere

La garanzia è altresì operante per gli infortuni che gli assicurati dovessero subire durante il tragitto abitazione-Sedi e/o Uffici del Contraente-luogo del distacco e viceversa.

Sez. I Art. 4.9 - Morsi di animali, punture di insetti

Resta convenuto tra le parti che sono considerati infortuni le lesioni causate da infezioni acute obiettivamente accertate ed avvelenamenti che derivassero direttamente da punture di insetti e/o morsi di animali con esclusione della malaria e del carbonchio, ma con l'inclusione delle infezioni carbonchiose causate da ferite e/o abrasioni risarcibili a termini di polizza.

Sez. I Art 4.10 - Cessazione del rapporto di lavoro causato da infortunio e/o malattia professionale

Nel caso di Invalidità Permanente cagionata da infortunio e/o malattia professionale che determini la cessazione del rapporto di lavoro, la Società corrisponderà un indennizzo in misura pari alla somma assicurata per il caso di invalidità permanente assoluta.

Data / /

La Società

Il Contraente

Disposizione finale

Il presente capitolato, già sottoscritto in ogni sua pagina dalla Società aggiudicataria in sede di presentazione dell'offerta, dopo il decreto di aggiudicazione del Contraente assumerà, in caso di eventuale richiesta di esecuzione anticipata del servizio ai sensi dell'art. 11 comma 9 del Dlgs 163/2006 e s.m.i., a tutti gli effetti la validità di contratto anche per quanto riguarda le norme contenute, il prezzo, le scadenze, la decorrenza della garanzia assicurativa. Quanto innanzi nelle more del decorso del termine di cui al successivo comma 10 e fatto salvo quanto ivi previsto.

Si conviene fra le parti che contrattualmente si intendono operanti solo le norme dattiloscritte presenti nel capitolato tecnico, che annullano e sostituiscono integralmente tutte le condizioni richiamate e riportate sulla modulistica utilizzata dalla Società.

Ad aggiudicazione avvenuta, il Contraente dà notizia immediata alla Società che ha vinto la gara.

La Società aggiudicataria inserirà l'eventuale riparto delle Coassicuratrici che sarà allegato al Capitolato all'atto della firma del Legale Rappresentante del Contraente.

In assenza di tale documento la garanzia assicurativa si intenderà assunta al 100% da parte della delegataria.

Data / /

La Società

Il Contraente

Dichiarazione

Ad ogni effetto di legge, nonché ai sensi dell'art. 1341 Codice Civile, il Contraente e la Società dichiarano di approvare specificatamente le disposizioni degli articoli seguenti delle Condizioni di Assicurazione:

Art. 1.3 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia;

Art. 1.7 - Recesso in caso di sinistro;

Art. 1.8 - Durata del contratto;

Art. 1.10 - Foro competente;

Art. 1.13 - Assicurazione presso diversi assicuratori;

Art. 1.14 - Clausola Broker;

Art. 1.21 – Tracciabilità dei Flussi Finanziari.

Data / /

La Società

Il Contraente

ALLEGATO (PROSPETTO DI OFFERTA)

Costituente parte integrante del presente contratto di assicurazione
(*da compilarsi esclusivamente in sede di Offerta Economica*)

La sottoscritta Società propone la seguente offerta economica in base ai dati riepilogati di seguito:

1 CONTRAENTE	Azienda Ospedaliera di Cosenza Via San Martino Snc 87100 – Cosenza
2 DURATA CONTRATTUALE	Anni quattro dal 31.12.2014 al 31.12.2018
FRAZIONAMENTO	Annuale
3 SEZIONI ASSICURATE	Sez. I Infortuni (DPR 43/90) Sez. II Danni Accidentali (DPR 43/90)
4 SOMME ASSICURATE Sezione I per ogni Assicurato <ul style="list-style-type: none">– caso Morte– caso Invalidità Permanente Sezione II per ogni veicolo Valore commerciale con il limite massimo di	 Euro 500.000,00 Euro 500.000,00 Euro 20.000,00
5 OFFERTA Sezione I Infortuni 1) chilometri effettuati con mezzi di proprietà dei dipendenti e/o familiari degli stessi Km. 20.000 X Euro= 2) numero mezzi dell'Ente (compresi quelli a noleggio) N.7 X Euro= Sezione II Danni Accidentali 1) chilometri effettuati con mezzi di proprietà dei dipendenti e/o familiari degli stessi Km. 20.000 X Euro=	 Premio annuo lordo Euro Euro Euro Euro (cifre)..... Euro (lettere)
PREMIO ANNUO LORDO COMPLESSIVO (PREMIO BASE PER L'AGGIUDICAZIONE DELL'APPALTO)	

6 ACCETTAZIONE

La Società, autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento ISVAP o D.M. n. del pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale (o suo supplemento n.) n. del, dichiara di aver esaminato in ogni sua parte la lettera di invito/bando di gara ed il presente capitolato e quant'altro ad esso allegato e di conseguenza di accettare, senza riserva alcuna, i termini, le modalità e le prescrizioni in essi contenute.

7 AUTORIZZAZIONE

L'Appaltatore autorizza l'Ente Appaltante - irrevocabilmente e per tutta la durata della presente assicurazione - ad effettuare i pagamenti delle somme dovute all'Appaltatore medesimo a favore del Broker, in forma liberatoria per l'Appaltante.

Data / /

La Società

Il Contraente
