

UNIONE DEI COMUNI GALLURA
DI ARZACHENA, LA MADDALENA, PALAU, SANT'ANTONIO E TELTI

PROVINCIA di OLBIA-TEMPIO

CAPITOLATO SPECIALE D'APPALTO SERVIZI ASSICURATIVI
(valido per tutti i rami)

SEZIONE A
DESCRIZIONE DELL'ATTIVITA' SVOLTA – RISCHIO BASE DA ASSICURARE

Unione dei Comuni di Arzachena, La Maddalena, Palau, Sant'Antonio e Telti che, nell'ambito, con le forme ed i modi delle disposizioni di legge (art. n° 267 del D. Lgs. 267 del 18 agosto 2000), esercita tutte le attività, competenze e funzioni istituzionalmente previste, tanto per propria autonomia statutaria e potestà regolamentare, quanto per attribuzione, delega e/o trasferimento dello Stato e/o della Regione e/o dell'Unione Europea.

I Comuni potranno attribuire all'Unione l'esercizio di ogni funzione amministrativa propria o ad essi delegata, nonché la gestione di servizi pubblici locali.

Può essere attribuito all'Unione l'esercizio delle funzioni amministrative e la gestione dei servizi di seguito elencati a titolo esemplificativo e non limitativo:

- I) amministrativi, di gestione e di controllo, formazione del personale, catasto;
- II) tecnico-urbanistici, gestione del territorio e dell'ambiente, protezione civile e barracelli, piani urbanistici intercomunali, programmi di edilizia residenziale pubblica locale e piani di edilizia economico-popolare;
- III) polizia locale e vigilanza urbana;
- IV) culturali e scolastici;
- V) impianti sportivi;
- VI) socio-assistenziali;
- VII) sviluppo economico e Piani insediamenti produttivi; Piani urbanistici intercomunali e territoriali riguardanti i Comuni aderenti.

Ulteriori funzioni che l'Unione potrebbe svolgere sono:

- a. Ufficio Unico Nucleo di valutazione e formazione del personale;
- b. Trattamento dei rifiuti urbani;
- c. Servizio Igiene urbana;
- d. Servizio gestione mattatoio intercomunale.

Agli effetti delle coperture assicurative si prende atto che:

Possiede e/o utilizza e/o custodisce

- a) **Beni immobili** per destinazione, uso e natura, quali: aree, terreni, strade, ponti, porti, bacini, dighe, insediamenti, mattatoi, infrastrutture e fabbricati. Questi sono di normale costruzione e copertura, con relative pertinenze, dipendenze, tettoie, passaggi coperti e quant'altro di inerente, senza limitazioni di titolo, destinazione o caratteristiche costruttive;
- b) **Beni mobili** iscritti o meno a pubblici registri, inclusi: impianti, macchine, macchinari, attrezzature, arredamento, mobilio e, più in generale, tutto ciò che - non rientrando nell'accezione di "bene immobile"- ne costituisce dotazione e pertinenza, connesso ed occorrente al funzionamento del Comune ed alla prestazione, da parte di questi, dei servizi erogati. Questi beni possono trovarsi sia sottotetto a fabbricati che all'aperto, in aree di pertinenza e/o disponibilità dell'Ente;
- c) **Beni immateriali** quali: software per sistemi di elaborazione dati e simili; più in generale tutto ciò che rappresenti un valore.

Esercita

Attività di progettazione e realizzazione di opere pubbliche di interesse collettivo, promozione e gestione del territorio e dei prodotti tipici locali, manutenzione della viabilità, servizio rifiuti urbani, interventi di ripristino e recupero ambientale, polizia urbana e rurale, servizio di protezione civile, organizzazione scolastica, trasporti locali e in particolare i trasporti scolastici, assistenza sociale e realizzazione di strutture per servizi per anziani e socio-assistenziali, attività ricettivo-turistica con valorizzazione delle potenzialità dell'ambiente, servizio tributi, servizio tecnico (urbanistica e/o lavori pubblici), sportello unico, attività di informatizzazione di uffici e servizi, attività culturali, formazione ed aggiornamento del personale dipendente e costituzione di uffici del contenzioso. Il tutto impiegando le macchine, i macchinari, le attrezzature, le dotazioni, gli strumenti, l'arredamento, i materiali, i sistemi ed i ritrovati che l'evoluzione tecnica, culturale e scientifica, nonché gli usi e la tradizione consentono e/o consigliano di adottare, nessuno escluso.

Si avvale

Normalmente di prestazioni di lavoro subordinato. Secondo le normali disposizioni può ricorrere:

- al volontariato nelle sue varie forme;
- a collaborazioni esterne ad alto contenuto professionale;
- a convenzioni Pubbliche ed a privati, per l'utilizzazione di persone da esse dipendenti o della cui opera si avvalgono legittimamente.

LOTTO 01 – CAPITOLATO D’ONERI ASSICURAZIONE

ELETTRONICA

DEFINIZIONI DI POLIZZA

Ai seguenti termini le Parti attribuiscono il significato di seguito precisato:

Assicurato: è il soggetto della prestazione assicurativa;

Assicurazione: è il contratto stipulato tra le Parti;

Broker: è la MAG JLT S.p.A. quale Broker incaricato dal Contraente della gestione ed esecuzione del contratto, riconosciuto dalla Società;

Compagnia: è la società di assicurazione

Contraente: è il soggetto (fisico o giuridico) che stipula il contratto;

Danni: morte, lesioni fisiche personali, danneggiamenti a cose;

Dolo: azione intenzionale con la quale si provoca un evento dannoso;

Franchigia: importo fisso che l’Assicurato accetta di tenere a proprio carico in caso di sinistro. Per ciascun sinistro l’indennizzo viene eseguito detraendo l’importo della franchigia (fissa od in percentuale);

Guasto: danno materiale diretto causato alle cose e/o agli impianti;

Guasto: qualsiasi danneggiamento, rovina od evento che impediscano ad un meccanismo e/o ad un impianto di funzionare regolarmente;

Impianti in sede fissa: si intendono macchinari, impianti ed attrezzature “elettroniche”, ovvero a correnti deboli stabilmente installati quali,: computer, stampanti, fax, centraline, fotocopiatori, macchine per scrivere e calcolare in sede fissa, nonché le parti elettroniche dei ripetitori, impianti telefonici, impianti di video-sorveglianza, ecc.;

Impianti ad impiego mobile: sono le attrezzature elettroniche che per loro natura non sono abitualmente stabili (ad esempio: autovelox – cercapersone – radiomobili – cellulari – ecc.);

Indennizzo: somma dovuta dalla Compagnia in caso di sinistro all’Assicurato e/o Contraente;

Partita: raggruppamento di cose che sono complessivamente assicurate con un’unica somma;

Periodo d’assicurazione: ogni periodo di dodici mesi o frazione d’anno nel corso della durata della polizza, coincidente con la data di inizio e quella di scadenza;

Polizza: documento che prova l’assicurazione;

Premio: somma dovuta dal Contraente quale corrispettivo dell’assicurazione prestata;

Primo rischio assoluto: forma di assicurazione dei danni a beni materiali ed immateriali, nella quale la Compagnia, in caso di sinistro risarcibile, paga l’indennizzo fino a concorrenza della somma assicurata senza applicazione della regola proporzionale;

Rischio: la probabilità che si verifichi un sinistro in relazione all’attività svolta dall’Assicurato e/o dal Contraente e l’entità dei danni che possono derivarne;

Scoperto: percentuale di danno che rimane a carico dell’Assicurato. E’ stabilito nel contratto, con impegno dell’Assicurato e/o Contraente di non assicurarlo con altre Compagnie;

Sinistro: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è stipulata l’assicurazione;

Supporti dati: sia il materiale fisso ad uso memoria di massa sia il materiale intercambiabile per la memorizzazione di informazioni leggibili a macchina;

Valore a nuovo: il costo di rimpiazzo dell’impianto od apparecchio assicurato con altro nuovo uguale od equivalente per caratteristiche, prestazioni e rendimento, comprese le spese di imballaggio, trasporto, dogana e montaggio.

SEZIONE B – CONDIZIONI GENERALI D’ASSICURAZIONE

Art. 01 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell’Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all’indennizzo e la cessazione dell’assicurazione, in base agli artt. 1892, 1893, 1894 del Codice Civile.

Art. 02 – Effetto, scadenza, durata e rescindibilità annuale

L’assicurazione ha effetto dalle ore 24,00 del giorno indicato in polizza.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio l’assicurazione resta sospesa dalle ore 24,00 del 60° (sessantesimo) giorno dopo quello della decorrenza per il premio iniziale, e dal 90° (novantesimo) giorno delle scadenze successive relativamente ai premi per le annualità future, e riprende vigore dalle

ore 24,00 del giorno del pagamento.

In ogni caso, tenuto conto che il Contraente, per proprie esigenze amministrative, effettua pagamenti solo tramite ordinativi bancari preventivamente deliberati, si conviene che ogni copertura inerente al presente contratto decorre dalle ore 24,00 del giorno in cui viene deliberato l'ordine di pagamento, a condizione che tale deliberazione sia fatta entro il 90° (novantesimo) giorno dalla scadenza delle rate e/o appendici.

Il presente contratto s'intende automaticamente disdettato alla sua naturale scadenza senza obbligo di comunicazione inviata dalle Parti. Tuttavia qualora alla scadenza naturale l'Amministrazione Contraente, intenda proseguire il rapporto contrattuale, potrà manifestarlo con comunicazione scritta da inviarsi alla Compagnia entro il 30° (trentesimo) giorno precedente la scadenza stabilita. L'eventuale rinnovo è consentito nei limiti di quanto previsto dalla normativa vigente al momento della scadenza contrattuale ed è subordinato al consenso della Società.

In ogni caso, su espressa richiesta del Contraente ed al fine di consentire l'espletamento della procedura per l'aggiudicazione di un nuovo contratto, la Compagnia s'impegna a prorogare l'assicurazione, alle condizioni economiche e normative in corso, per un periodo massimo di 120 (centoventi) giorni oltre la scadenza contrattuale e dietro la corresponsione del corrispondente rateo di premio.

Se la presente polizza sarà stipulata per un periodo di più annualità, sarà comunque in facoltà delle Parti di rescinderla al termine di ogni periodo assicurativo annuo mediante lettera raccomandata da spedirsi almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza annuale.

Art. 03 – Modifiche dell'assicurazione

Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere provate per iscritto mediante appendice sottoscritta dalle Parti.

Art. 04 – Assicurazione presso diversi Assicuratori

Il Contraente deve comunicare al Broker, che provvederà alle dovute comunicazioni alla Compagnia come disposto dall'art. 05, l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio. In caso di sinistro il Contraente deve darne avviso a tutti gli Assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri (art. 1910 del Codice Civile) ed è tenuto a richiedere a ciascuno di essi l'indennizzo dovuto secondo il rispettivo contratto autonomamente considerato.

Qualora la somma di tali indennizzi, escluso dal conteggio l'indennizzo dovuto dall'Assicuratore insolvente, superi l'ammontare del danno, la Compagnia è tenuta a pagare soltanto la sua quota proporzionale in ragione dell'indennizzo calcolato secondo il proprio contratto, esclusa comunque ogni obbligazione solidale con gli altri Assicuratori.

Art. 05 – Clausola Broker, forma delle comunicazioni

Il Contraente dichiara di avere affidato la gestione del presente contratto a MAG-JLT S.p.A., e di conseguenza tutti i rapporti inerenti la presente assicurazione saranno svolti per conto del Contraente dal Broker stesso. Per quanto concerne l'incasso dei premi di polizza, la regolazione verrà effettuata dal Contraente al Broker, che provvederà al versamento alla Compagnia. Resta intesa l'efficacia liberatoria, anche in base ai termini dell'art. 1901 del Codice Civile, del pagamento così effettuato.

Agli effetti dei termini fissati dalle condizioni di assicurazione, ogni comunicazione fatta dal Broker, nel nome e per conto del Contraente, alla Compagnia, si intenderà come fatta dal Contraente.

Parimenti, ogni comunicazione fatta dal Contraente al Broker si intenderà come fatta alla Compagnia, fermo restando l'obbligo del Broker al pronto inoltro della comunicazione stessa.

Il Contraente s'impegna a comunicare agli Assicuratori l'eventuale revoca del mandato.

Art. 06 – Aggravamento del rischio

Il Contraente deve dare comunicazione al Broker di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Compagnia possono comportare la perdita parziale o totale del diritto all'indennizzo e la cessazione dell'assicurazione, in base all'art. 1898 del Codice Civile.

Art. 07 – Diminuzione del rischio

Nel caso di diminuzione del rischio la Compagnia è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente (art. 1897 del Codice Civile) e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 08 – Cessazione del rischio

In caso di cessazione del rischio il contratto si scioglie (art. 1896 del Codice Civile) e pertanto la singola polizza pertinente al rischio cessato viene annullata. La Compagnia rimborserà al Contraente, al netto delle imposte, la parte di premio relativa al periodo di rischio non corso.

Art. 09 – Assicurazione per conto di chi spetta

La presente polizza è stipulata dal Contraente in nome proprio e nell'interesse di chi spetta.

In caso di sinistro però, i terzi interessati non avranno alcuna ingerenza nella nomina dei periti da eleggersi dalla Compagnia e dall'Assicurato, né azione alcuna per impugnare la perizia, rimanendo stabilito e convenuto che le azioni, ragioni e diritti sorgenti dall'assicurazione stessa non possono essere esercitati che dall'Assicurato. L'indennità che, a norma di quanto sopra, sarà stata liquidata in contraddittorio, non potrà essere versata se non con l'intervento, all'atto del pagamento, dei terzi interessati.

Art. 10 – Facoltà bilaterale di recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro e fino al 60° (sessantesimo) giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Compagnia e l'Assicurato possono recedere dall'assicurazione, con preavviso di 90 (novanta) giorni e la Compagnia rimborserà al Contraente, entro 30 (trenta) giorni dalla data di efficacia del recesso stesso, i ratei di premio pagati e non goduti escluse le imposte.

Art. 11 – Oneri fiscali

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

Art. 12 – Obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari

La Società Assicuratrice, la Società di Brokeraggio, nonché ogni altra Impresa a qualsiasi titolo interessata al presente contratto [cd filiera], sono impegnate ad osservare gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari in ottemperanza a quanto previsto dalla Legge 13/08/2010 n.° 136 e s.m.i.

I soggetti di cui al paragrafo precedente 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 ed 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 S.p.A.] e riportate, 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 C.C. e dall'art. 3, comma 8 della Legge.

Art. 13 – Rinvio alle norme di legge e Foro competente

Per l'interpretazione della presente polizza e per tutto quanto non espressamente previsto dalle condizioni in essa contenute o ad essa aggiunte mediante regolare atto sottoscritto dalle Parti Contraenti, si dovrà fare riferimento alle leggi della Repubblica Italiana.

Foro competente è esclusivamente quello del luogo di residenza del Contraente.

SEZIONE C – ASSICURAZIONE ELETTRONICA

Art. 14 – Identificazione dell'assicurazione

La Compagnia si obbliga ad indennizzare i danni materiali e diretti causati alle cose assicurate, anche se di proprietà di terzi, collaudate e pronte per l'uso cui sono destinate, installate od in attesa di installazione, da un qualunque evento accidentale non espressamente escluso.

La Compagnia indennizza inoltre le perdite delle cose assicurate dovute ad incendio, furto o rapina ed i danneggiamenti causati alle cose stesse per commettere il furto o la rapina o per tentare di commetterli.

Art. 15 – Delimitazione dell'assicurazione

L'assicurazione non vale per i danni:

- a) causati con dolo dell'Assicurato o del Contraente;
- b) da deperimento, logoramento, corrosione, ossidazione che siano conseguenza naturale dell'uso e/o funzionamento e/o causati dagli effetti gradualmente degli agenti atmosferici;
- c) per i quali deve rispondere, per legge e/o contratto, il costruttore, venditore o locatore delle cose assicurate;
- d) verificatisi in conseguenza di montaggi e smontaggi non connessi ai lavori di pulitura, manutenzione e revisione;
- e) riconducibili alla mancanza di manutenzione prescritta dal costruttore;
- f) di natura estetica che non siano connessi con danni indennizzabili;
- g) attribuiti a difetti noti al Contraente e/o all'Assicurato all'atto della stipulazione della polizza;
- h) per smarrimenti od ammanchi constatati in sede d'inventario;

- i) conseguenti ad esplosione o ad emanazione di calore, di radiazioni provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazione provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- j) verificatisi in conseguenza di atti di guerra, di insurrezione, di occupazione militare, di invasione, salvo che il Contraente o l'Assicurato provi che il sinistro non ebbe alcun rapporto con tali eventi;

Art. 16 – Somma assicurata

La Compagnia, fino alla concorrenza della somma assicurata e nella forma a *Primo Rischio Assoluto*, senza applicazione della regola proporzionale, indennizza l'Assicurato dei danni materiali e diretti. La somma assicurata per ciascuna partita è pari al costo di rimpiazzo a nuovo al momento del sinistro, ossia al prezzo di listino, comprensivo delle spese di imballaggio, trasporto, dogana, montaggio nonché di imposte qualora non possano essere recuperate dall'Assicurato, di una partita nuova uguale od equivalente per caratteristiche, prestazioni e rendimento. Sconti e prezzi a favore non hanno alcuna influenza sulla determinazione della somma assicurata. La somma assicurata costituisce l'eventuale massimo esborso e la Compagnia rinuncia all'elencazione dei beni.

Art. 17 – Maggiori costi per mancato funzionamento

La garanzia viene estesa ai maggiori costi per ore straordinarie e oneri per trasporti sostenuti per la riparazione delle apparecchiature danneggiate, fino ad un importo massimo pari al 20% (ventipercento) dell'indennizzo dovuto a termini di polizza.

Se alle apparecchiature assicurate si verifica un danno materiale e diretto indennizzabile in base alle condizioni di polizza e se tale danno provoca l'interruzione totale o parziale del funzionamento dell'elaboratore elettronico, la Compagnia indennizza i maggiori costi effettivamente sostenuti e documentati, necessari per la prosecuzione dell'esercizio svolto dall'elaboratore elettronico stesso, nei limiti della somma assicurata e dei periodi d'indennizzo pattuiti per ogni sinistro.

La somma assicurata deve corrispondere all'insieme delle spese straordinarie necessarie per la prosecuzione dell'attività in base alle spese giornaliere, poi riferite ad un periodo di 12 (dodici) mesi, indicate in polizza.

Sono assicurate in particolare, ma non a titolo esclusivo, le maggiori spese sostenute:

- per l'impiego di impianto sostitutivo;
- in via supplementare per il personale;
- per prestazioni di servizi da terzi;
- per l'applicazione di altri metodi di lavoro.

Il periodo d'indennizzo inizia nel momento in cui si verifica il danno materiale e diretto all'apparecchiatura assicurata od al più tardi al momento in cui insorgono le maggiori spese assicurate e termina con l'avvenuto rimpiazzo o riparazione delle apparecchiature danneggiate e comunque non oltre il periodo di massimo indennizzo pattuito per ogni sinistro.

L'assicurazione non vale:

- a) per i costi straordinari dovuti a modifiche, adattamenti, migliorie o revisioni eseguiti in occasione della riparazione o del rimpiazzo delle apparecchiature assicurate danneggiate;
- b) per i danni consistenti in deterioramento, distruzione o danneggiamento di materie prime, prodotti semilavorati o finiti, approvvigionamenti destinati all'esercizio e ciò anche se tali eventi sono conseguenza o causa di danni materiali diretti ad una apparecchiatura assicurata;
- c) per i danni causati da limitazione dell'attività dell'Ente e difficoltà nella rimessa in efficienza dell'apparecchiatura assicurata derivanti da un provvedimento di un Governo o di altra Autorità di diritto o di fatto;
- d) per i danni derivanti da eventuale indisponibilità di mezzi finanziari da parte dell'Assicurato per la riparazione od il rimpiazzo delle apparecchiature assicurate danneggiate;
- e) per i danni conseguenti all'interruzione o riduzione dell'attività dovuta al mancato funzionamento dell'elaboratore. In caso di sinistro di maggiori costi, il Contraente e/o l'Assicurato devono darne comunicazione entro 5 (cinque) giorni da quando questi sono insorti. Qualora detto termine non venisse rispettato è facoltà della Compagnia non indennizzare le maggiori spese prodottesi prima del ricevimento del telegramma o telefax di notifica.

Nei limiti dell'indennizzo giornaliero convenuto, l'assicurazione è prestata a *Primo Rischio Assoluto*. La Compagnia non indennizza in ogni caso importi superiori all'ammontare delle spese per giorno stabilite in polizza. Nel determinare l'importo dell'indennizzo va tenuto conto di tutte le circostanze che, qualora il sinistro non si fosse verificato, avrebbe compromesso od interrotto l'esercizio dell'impianto od apparecchio, ad esempio ferie aziendali, esecuzione di lavori di revisione necessari e programmati.

Dall'importo del sinistro va dedotta la franchigia fissa ed assoluta di giorni 2 (due).

Art. 18 – Assicurazioni portatati esterni

La Compagnia risponde dei danni causati a nastri o dischi magnetici, schede perforate od altri portatati esterni qualora vengano distrutti, danneggiati o sottratti a causa di un danno materiale indennizzabile in base alle condizioni di polizza. In caso di danno la Compagnia risarcisce le spese necessarie, sostenute per il riacquisto dei portatati esterni eventualmente distrutti o danneggiati nonché per la ricostruzione

delle informazioni contenute nei portatati esterni assicurati.

Non sono risarcibili i danni verificatisi in seguito ad errata registrazione dei dati, a cestinatura per svista, a cancellazione per errore. Se la ricostruzione non è necessaria o non avviene entro un anno dal sinistro, vengono indennizzate solo le spese per il riacquisto dei portatati esterni privi d'informazione.

L'assicurazione è prestata a Primo Rischio Assoluto, senza applicazione della regola proporzionale.

L'Assicurato e/o Contraente sostiene per ogni sinistro risarcibile una franchigia fissa ed assoluta pari ad € 100,00 (cento/00).

Denunciato il danno, dovranno essere accertate, con le modalità previste dalle condizioni di polizza, le spese di riacquisto e di ricostruzione tenuto conto di quanto sopra.

Art. 19 – Impianti ed apparecchi ad impiego mobile

Gli impianti e gli apparecchi ad impiego mobile sono assicurati anche durante il trasporto con qualsiasi mezzo, compreso quello a mano, entro il territorio della Unione Europea, a condizione che, per natura e costruzione, essi possano essere trasportati ed utilizzati in luoghi diversi e che tale trasporto sia necessario per la loro utilizzazione. La Compagnia indennizza i danni agli impianti ed agli apparecchi ad impiego mobile assicurati alle partite richiamate in polizza ed a loro eventuali antenne, causati da furto, purché il veicolo sia chiuso a chiave e si trovi in una rimessa chiusa a chiave, oppure in una rimessa pubblica custodita od in un cortile chiuso, oppure in un parcheggio custodito, gli autoveicoli devono essere provvisti di tetto rigido.

Art. 20 – Atti vandalici, dolosi e socio-politici

La Compagnia risponde dei danni materiali e diretti causati alle cose assicurate da persone che prendano parte a scioperi, tumulti e sommosse popolari o che compiano, individualmente o in associazione, atti vandalici o dolosi, compresi quelli di terrorismo o sabotaggio.

Resta convenuto che il pagamento dell'indennizzo avverrà previa detrazione di una franchigia fissa ed assoluta pari ad € 100,00 (cento/00) per sinistro.

Art. 21 – Tubi speciali e valvole elettroniche

Sono indennizzabili i danni provocati ai tubi ed alle valvole elettroniche. In caso di sinistro, l'indennizzo è calcolato in base alla percentuale di degrado risultante dai parametri indicati dalla casa costruttrice od, in mancanza, alla percentuale di degrado risultante in rapporto al tempo trascorso dall'installazione, alle ore di lavoro od ai colpi effettuati, od altri parametri rispetto alla durata presunta del tubo stesso.

Resta convenuto che il pagamento dell'indennizzo avverrà previa detrazione di una franchigia fissa ed assoluta pari ad € 100,00 (cento/00) per sinistro.

Art. 22 – Conduttori esterni alle cose assicurate

La garanzia viene estesa ai conduttori esterni collegati alle cose assicurate fino alla concorrenza di € 2.000,00 (duemila/00). Non sono indennizzabili i danni alle parti accessorie non attraversate da corrente dei contenitori assicurati.

Resta convenuto che il pagamento dell'indennizzo avverrà previa detrazione di una franchigia fissa ed assoluta pari ad € 100,00 (cento/00) per sinistro.

Art. 23 – Costi di scavo, sterro, muratura, intonaco e simili

Sono indennizzabili i costi di scavo, sterro, puntellature, murature, intonaco, pavimentazione e simili che l'Assicurato debba sostenere in caso di danno indennizzabile ai conduttori esterni, fino al limite massimo per sinistro pari ad € 2.000,00 (duemila/00).

Art. 24 – Trasporti aerei

La garanzia viene estesa ai maggiori costi per trasporti con linee aeree regolari sino alla concorrenza massima per sinistro e per l'intero periodo di assicurazione del 2% (duepercento) della somma assicurata, purché tali costi supplementari siano stati sostenuti dall'Assicurato in relazione ad un sinistro indennizzabile a termini di polizza.

Per ogni sinistro resta a carico dell'Assicurato il 20% (ventipercento) dell'importo indennizzabile.

Art. 25 – Franchigia

In caso di sinistro la Compagnia rimborserà all'Assicurato la somma liquidata a termini di polizza, sotto deduzione di una franchigia fissa ed assoluta di € 100,00 (cento/00) per sinistro, che rimarrà sempre a carico esclusivo dell'Assicurato stesso, senza che egli possa, sotto pena di decadenza da ogni diritto a risarcimento, farla assicurare ad altri.

Art. 26 – Buona fede

La mancata comunicazione da parte del Contraente e/o Assicurato di circostanze aggravanti il rischio, così come le inesatte od incomplete dichiarazioni rese all'atto della stipulazione della polizza, non comporteranno decadenza dal diritto all'indennizzo né riduzione dello stesso, sempre che tali omissioni od inesattezze siano avvenute in buona fede. La Compagnia ha il diritto di percepire la differenza di premio

corrispondente al maggior rischio a decorrere dal momento in cui la circostanza si è verificata, previa trattativa tra le Parti con l'intervento del Broker.

Art. 27 – Colpa grave

La Compagnia risponde dei danni derivanti dagli eventi per i quali è prestata la garanzia determinati con colpa grave dell'Assicurato, dolo e colpa grave dei dipendenti del Contraente, degli Amministratori dell'Ente nonché di tutti coloro che occupino locali e/o insediamenti, oppure esercitino attività, purché legittimamente autorizzati dallo stesso Contraente.

Art. 28 – Rinuncia alla rivalsa

La Compagnia rinuncia, salvo il caso di dolo accertato con sentenza passata in giudicato, ad avvalersi del diritto di surroga derivante dall'art. 1916 del Codice Civile per sinistri dei quali fossero ritenuti responsabili l'Assicurato, i dipendenti del Contraente, gli Amministratori dell'Ente nonché tutti coloro che, indipendentemente da qualsiasi rapporto col Contraente medesimo, occupino locali e/o insediamenti, oppure esercitino attività, purché legittimamente autorizzati dallo stesso Contraente.

Art. 29 – Onorari dei periti, competenze dei professionisti e consulenti

La Compagnia rimborsa, in caso di sinistro indennizzabile a termini di polizza, le spese e gli onorari di competenza del perito che il Contraente ha scelto e nominato conformemente al disposto dell'art. 33, nonché la quota parte di spese ed onorari a carico del Contraente in caso di nomina del terzo perito.

La presente estensione di garanzia è prestata sino alla concorrenza dell'importo liquidato e con il massimo di € 5.000,00 (cinquemila/00) per sinistro.

SEZIONE D – GESTIONE DEI SINISTRI

Art. 30 – Obblighi in caso di sinistro

In caso di sinistro il Contraente e/o l'Assicurato deve:

- a) fare quanto è possibile per evitare o diminuire il danno; le relative spese sono a carico della Compagnia secondo quanto previsto dalla legge ai sensi dell'art. 1914 del Codice Civile;
- b) darne avviso alla Compagnia entro 30 (trenta) giorni da quando ne ha avuto conoscenza ai sensi dell'art. 1913 del Codice Civile; la riparazione può essere iniziata dopo aver dato l'avviso, però lo stato delle cose, prima dell'ispezione da parte di un incaricato della Compagnia non può venire modificato che nella misura strettamente necessaria al ripristino delle normali condizioni di sicurezza ed agibilità. Se tale ispezione non avvenisse entro 8 (otto) giorni dall'avviso del sinistro, il Contraente potrà prendere tutte le misure del caso;
- c) dichiarare per iscritto all'Autorità Giudiziaria o Polizia del luogo, in caso di furto precisando, in particolare, il momento dell'inizio del sinistro, la causa presunta del sinistro e l'entità approssimativa del danno. Copia di tale dichiarazione deve essere inviata alla Compagnia;
- d) conservare le tracce ed i residui del sinistro fino ad avvenuta autorizzazione della Compagnia o del perito eventualmente da essa designato;
- e) predisporre un elenco dettagliato dei danni subiti con riferimento alla qualità, quantità e valore delle cose distrutte, danneggiate o sottratte;
- f) mettere a disposizione registri, conti, fatture e qualsiasi altra documentazione, anche di natura fiscale, che possa essere richiesta dalla Compagnia e/o dai periti ai fini delle indagini e/o verifiche del caso;

Art. 31 – Esagerazione dolosa del danno

L'Assicurato che esagera dolosamente l'ammontare del danno, dichiara distrutte cose che non esistevano al momento del sinistro, occulta, sottrae o manomette cose salvate, adopera a giustificazione mezzi o documenti menzogneri o fraudolenti, altera dolosamente le tracce ed i residui del sinistro o facilita il progresso di questo, perde il diritto all'indennizzo.

Art. 32 – Recupero delle cose rubate o rapinate

Se le cose rubate o rapinate vengono recuperate in tutto od in parte, l'Assicurato deve darne avviso alla Compagnia appena ne abbia avuto notizia. Le cose recuperate divengono di proprietà della Compagnia se questa ha risarcito integralmente il danno. Se invece la Compagnia ha risarcito il danno soltanto in parte, il valore del recupero spetta all'Assicurato sino alla concorrenza della parte di danno eventualmente rimasta scoperta di assicurazione, il resto spetta alla Compagnia.

In ogni caso l'Assicurato ha facoltà di conservare le cose recuperate previa restituzione alla Compagnia dell'indennizzo ricevuto.

In caso di recupero prima del risarcimento del danno la Compagnia risponde soltanto dei danneggiamenti

eventualmente sofferti dalle cose rubate o rapinate in conseguenza del sinistro.

Art. 33 – Procedura per la valutazione del danno

L'ammontare del danno è concordato con le seguenti modalità:

- a) direttamente dalla Compagnia, o persona da questa incaricata, con il Contraente o persona da Lui designata;
oppure, a richiesta di una delle Parti:
- b) fra due periti nominati uno dalla Compagnia ed uno dal Contraente con apposito atto unico. I due periti devono nominarne un terzo quando si verifichi disaccordo fra loro od anche prima su richiesta di uno di essi. Il terzo perito interviene soltanto in caso di disaccordo e le decisioni sui punti controversi sono prese a maggioranza. Ciascun perito ha la 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.

Art. 34 – Mandato dei periti

I periti devono:

1. indagare su circostanze, natura, causa e modalità del sinistro;
2. verificare l'esattezza delle descrizioni e delle dichiarazioni risultanti dagli atti contrattuali e riferire se, al momento del sinistro esistevano circostanze aggravanti il rischio non comunicate alla Compagnia, nonché verificare se le Parti hanno adempiuto agli obblighi assunti in base all'art. 30;
3. verificare l'esistenza, la qualità, la quantità ed il valore delle cose assicurate, rubate e non rubate, illese, distrutte o danneggiate, secondo i criteri tutti di polizza;
4. procedere alla stima ed alla liquidazione del danno, nonché di tutte le altre spese che formano oggetto della prestazione assicurativa, comprese le spese di salvataggio, demolizione e sgombero, nonché tutte le altre che formano oggetto della prestazione assicurativa.

Nel caso di procedura per la valutazione del danno effettuata ai sensi dell'art. 33 lettera b), i risultati delle operazioni peritali 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, errore, violenza o di violazione dei patti contrattuali. 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.

Art. 35 – Determinazione del danno

La determinazione del danno viene eseguita separatamente per ogni singola partita di polizza, secondo i seguenti criteri:

- A) nel caso di danni suscettibili di riparazione: l'ammontare del danno è dato dall'importo totale delle spese di riparazione, valutate secondo i costi al momento del sinistro, necessarie per ripristinare l'impianto o l'apparecchio danneggiato nello stato funzionale in cui si trovava al momento del sinistro;
- B) nel caso di danni non suscettibili di riparazione l'ammontare del danno è dato dal valore "a nuovo" che le cose assicurate avevano al momento del sinistro. Per "valore a nuovo" si intende il costo di rimpiazzo dell'impianto o apparecchio assicurato con altro nuovo uguale o equivalente per caratteristiche, prestazioni e rendimento, comprese le spese di imballaggio, trasporto, dogana e montaggio. Questa stima riguarda impianti ed apparecchi in funzione ed è valida a condizione che:
 - a) i danni si siano verificati entro i 5 (cinque) anni successivi a quello di costruzione;
 - b) il rimpiazzo o la riparazione siano eseguiti entro i tempi tecnici necessari;
 - c) il costruttore non abbia cessato la fabbricazione dell'impianto o dell'apparecchio danneggiato o distrutto, oppure questo sia ancora disponibile o siano disponibili i pezzi di ricambio.

Qualora non siano soddisfatte le condizioni di cui ai punti a) e b), ed almeno una delle condizioni del punto c), l'indennizzo sarà dato dal valore di rimpiazzo dell'impianto o dell'apparecchio stesso al momento del sinistro.

Un danno si considera non suscettibile di riparazione quando le spese per la stessa, calcolate come sub A), eguagliano o superano il valore che la partita aveva al momento del sinistro (stima sub B).

La Compagnia ha la facoltà di provvedere direttamente al ripristino dello stato funzionale della partita od al suo rimpiazzo con altra uguale od equivalente per caratteristiche, prestazioni e rendimento.

Dall'indennizzo così ottenuto sono sottratte le franchigie pattuite.

Art. 36 – Limite massimo d'indennizzo

Salvo il caso previsto dall'art. 1914 del Codice Civile, per nessun titolo la Compagnia potrà essere tenuta a pagare somma maggiore di quella assicurata.

Art. 37 – Pagamento dell'indennizzo

Verificata l'operatività della garanzia, valutato il danno e ricevuta la necessaria documentazione, la Compagnia provvede al pagamento dell'indennizzo entro 30 (trenta) giorni, sempre che non sia stata fatta opposizione. Se è stata aperta una procedura giudiziaria sulla causa del sinistro, il pagamento sarà fatto solo quando l'Assicurato dimostri che non ricorre alcuno dei casi previsti dall'art 15 per quanto concerne il dolo.

Art. 38 – Comunicazione sullo stato dei sinistri da parte della Compagnia

La Società si impegna a garantire al Contraente/Assicurato ed al Broker l'accesso all'Ispettorato sinistri per la discussione delle vertenze relative ai danni denunciati e comunque la facilitazione per gli opportuni collegamenti telefonici e via telefax.

La Società, inoltre, si impegna ad inviare al Broker, con cadenza semestrale, una comunicazione scritta che riporti lo stato dei sinistri denunciati ed aperti con i rispettivi numeri di protocollazione, data di accadimento, tipologia di avvenimento e le seguenti annotazioni:

- sinistro liquidato, con relativo importo;
- sinistro aperto, in corso di verifica;
- sinistro aperto, con comunicazione dell'importo a riserva;
- sinistro chiuso, senza seguito.

SCHEDA SINISTRI

anno	n.°	liquidati €	n.°	riservati €	n.°	senza seguito €
2011						
2012						
2013						
2014						
2015						

ATTUALE ASSICURATORE: " REALE MUTUA " - Agenzia di Sassari.

**QUOTAZIONE PER ASSICURAZIONE ELETTRONICA
IN FAVORE DELLA
UNIONE DEI COMUNI ALTA GALLURA
risposta della Compagnia**

Allegati:

- glossario di terminologia assicurativa;
- elenco delle garanzie richieste;
- descrizione dell'attività svolta – rischio base assicurato;
- Capitolato integrale di assicurazione ELETTRONICA

EVIDENZE DI GARANZIA – PARTICOLARITA' NORMATIVE

FORMA DELL'ASSICURAZIONE	Partite 01 – 02 – 03 a Primo Rischio Assoluto
CRITERIO DI VALORE DA UTILIZZARE	Valore a nuovo
ALTRI ELEMENTI DI VALUTAZIONE	Clausola 24/b con possibili eccezioni di insufficienza

La Compagnia d'assicurazione sottoscritta presenta offerta per l'aggiudicazione del Lotto nei seguenti termini:

	Partite	Somme da assicurare €	Premio annuo lordo €
01	Impianti, macchine, sistemi elettronici in genere in sede fissa per	30.000,00	
02	Impianti, macchine, sistemi elettronici in genere ad impiego mobile per	10.000,00	
03	Assicurazione supporti dei dati o del software fino a	10.000,00	
TOTALE in cifre		50.000,00	
PREMIO ANNUO LORDO in lettere		€	

La situazione sinistri è evidenziata nell'ultima pagina del Capitolato

Compagnia _____

Agenzia _____

Telefono _____

Fax _____

e-mail _____

Timbro e firma

NOTE DELLA COMPAGNIA / DIFFORMITA' DAL CAPITOLATO:

_____ **Timbro e firma**

LOTTO 02 – CAPITOLATO D’ONERI ASSICURAZIONE

INFORTUNI

DEFINIZIONI DI POLIZZA

Ai seguenti termini le Parti attribuiscono il significato di seguito precisato:

Assicurato: è il soggetto fisico in favore del quale viene prestata la garanzia assicurativa ed il cui interesse è tutelato dall’assicurazione;

Assicurazione: è il contratto stipulato fra le Parti;

Beneficiario: è la persona o le persone designate in polizza a percepire l’indennizzo. In assenza di specifica designazione, i beneficiari saranno gli eredi legittimi e/o testamentari;

Broker: è la MAG JLT S.p.A. quale Broker incaricato dal Contraente della gestione ed esecuzione del contratto, riconosciuto dalla Società;

Compagnia: è la società di assicurazione;

Contraente: è il soggetto fisico o giuridico che stipula il contratto, intrattiene i rapporti con la Compagnia ed adempie agli obblighi previsti dal contratto stesso, salvo quelli che per loro natura incombono all’Assicurato (se persona diversa);

Day hospital: struttura sanitaria avente posti letto per degenza diurna, autorizzata ad erogare prestazioni chirurgiche e/o terapie mediche eseguite da medici specialisti, con redazione di cartella clinica;

Diarìa: è la somma assicurata per ogni giorno di inabilità;

Franchigia: importo fisso che l’Assicurato accetta di tenere a proprio carico in caso di sinistro. Per ciascun sinistro l’indennizzo viene eseguito detraendo l’importo della franchigia (fissa od in percentuale);

Inabilità temporanea: temporanea incapacità fisica dell’Assicurato ad attendere alle attività dichiarate in polizza;

Indennizzo: somma dovuta dalla Compagnia in caso di sinistro;

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili che abbiano per conseguenza la morte, un’inabilità permanente od un’inabilità temporanea;

Infortunio professionale: infortunio verificatosi durante lo svolgimento, da parte dell’Assicurato, delle attività professionali principali e/o secondarie;

Infortunio extraprofessionale: infortunio verificatosi nello svolgimento, da parte dell’Assicurato, di attività che non abbiano carattere di professionalità;

Inabilità permanente: diminuzione e/o perdita definitiva ed irrimediabile della generica capacità dell’Assicurato a svolgere un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla professione esercitata;

Istituto di cura: Istituto Universitario, Ospedale, Casa di cura, Day hospital regolarmente autorizzati all’erogazione dell’assistenza ospedaliera. Non sono convenzionalmente considerati istituti di cura gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, fisioterapiche;

Periodo d’assicurazione: è ogni periodo di dodici mesi o frazione d’anno nel corso della durata della polizza, coincidente con la data di inizio e quella di scadenza;

Polizza: documento che prova l’assicurazione;

Premio: somma dovuta dal Contraente alla Compagnia;

Ricovero: permanenza in istituto di cura con pernottamento;

Risarcimento: la somma dovuta dalla Compagnia in caso di sinistro;

Rischio: la probabilità che si verifichi un sinistro in relazione all’attività svolta dall’Assicurato;

Sinistro: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è stipulata l’assicurazione. Per analogia è la richiesta di risarcimento inviata all’Assicurato e/o al Contraente;

Spese mediche: agli effetti della presente assicurazione si intende il rimborso delle spese effettivamente sostenute dall’Assicurato, o da chi per esso, relativamente a:

- spese mediche, farmaceutiche, cliniche;
- esami di laboratorio;
- cure e terapie;
- interventi chirurgici;
- ricoveri in ospedali o cliniche anche non convenzionate qualora l’infortunio sia avvenuto in località non dotata di presidi sanitari pubblici e/o convenzionati, ovvero in tutti i casi di obiettivo impedimento e/o comprovate ed immediate esigenze di ordine terapeutico.

Veicolo: qualsiasi mezzo meccanico terrestre e/o acquatico azionato da motore e guidato dall’uomo.

SEZIONE B – CONDIZIONI GENERALI D’ASSICURAZIONE

Art. 01 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell’Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all’indennizzo e la cessazione dell’assicurazione, in base agli artt. 1892, 1893, 1894 del Codice Civile.

Art. 02 – Effetto, scadenza, durata e rescindibilità annuale

L’assicurazione ha effetto dalle ore 24,00 del giorno indicato in polizza.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio l’assicurazione resta sospesa dalle ore 24,00 del 60° (sessantesimo) giorno dopo quello della decorrenza per il premio iniziale, e dal 90° (novantesimo) giorno delle scadenze successive relativamente ai premi per le annualità future, e riprende vigore dalle ore 24,00 del giorno del pagamento.

In ogni caso, tenuto conto che il Contraente, per proprie esigenze amministrative, effettua pagamenti solo tramite ordinativi bancari preventivamente deliberati, si conviene che ogni copertura inerente il presente contratto decorre dalle ore 24,00 del giorno in cui viene deliberato l’ordine di pagamento, a condizione che tale deliberazione sia fatta entro il 90° (novantesimo) giorno dalla scadenza delle rate e/o appendici.

Il presente contratto s’intende automaticamente disdettato alla sua naturale scadenza senza obbligo di comunicazione inviata dalle Parti. Tuttavia qualora alla scadenza naturale l’Amministrazione Contraente, intenda proseguire il rapporto contrattuale, potrà manifestarlo con comunicazione scritta da inviarsi alla Compagnia entro il 30° (trentesimo) giorno precedente la scadenza stabilita. L’eventuale rinnovo è consentito nei limiti di quanto previsto dalla normativa vigente al momento della scadenza contrattuale ed è subordinato al consenso della Società.

In ogni caso, su espressa richiesta del Contraente ed al fine di consentire l’espletamento della procedura per l’aggiudicazione di un nuovo contratto, la Compagnia s’impegna a prorogare l’assicurazione, alle condizioni economiche e normative in corso, per un periodo massimo di 120 (centoventi) giorni oltre la scadenza contrattuale e dietro la corresponsione del corrispondente rateo di premio.

Se la presente polizza sarà stipulata per un periodo di più annualità, sarà comunque in facoltà delle Parti di rescinderla al termine di ogni periodo assicurativo annuo mediante lettera raccomandata da spedirsi almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza annuale.

Art. 03 – Modifiche dell’assicurazione

Le eventuali modifiche dell’assicurazione devono essere provate per iscritto mediante appendice sottoscritta dalle Parti.

Art. 04 – Esonero denuncia altre assicurazioni

Il Contraente è esonerato dal denunciare altre eventuali assicurazioni che i singoli Assicurati abbiano stipulato o stipulino in proprio con altre Compagnie.

Art. 05 – Clausola Broker, forma delle comunicazioni

Il Contraente dichiara di avere affidato la gestione del presente contratto a MAG JLT S.p.A., e di conseguenza tutti i rapporti inerenti la presente assicurazione saranno svolti per conto del Contraente dal Broker stesso. Per quanto concerne l’incasso dei premi di polizza, la regolazione verrà effettuata dal Contraente al Broker, che provvederà al versamento alla Compagnia. Resta intesa l’efficacia liberatoria, anche in base ai termini dell’art. 1901 del Codice Civile, del pagamento così effettuato.

Agli effetti dei termini fissati dalle condizioni di assicurazione, ogni comunicazione fatta dal Broker, nel nome e per conto del Contraente, alla Compagnia, si intenderà come fatta dal Contraente.

Parimenti, ogni comunicazione fatta dal Contraente al Broker si intenderà come fatta alla Compagnia, fermo restando l’obbligo del Broker al pronto inoltro della comunicazione stessa.

Il Contraente s’impegna a comunicare agli Assicuratori l’eventuale revoca del mandato.

Art. 06 – Aggravamento del rischio

Il Contraente deve dare comunicazione al Broker di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Compagnia possono comportare la perdita parziale o totale del diritto all’indennizzo e la cessazione dell’assicurazione, in base all’art. 1898 del Codice Civile.

Art. 07 – Diminuzione del rischio

Nel caso di diminuzione del rischio la Compagnia è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente (art. 1897 del Codice Civile) e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 08 – Cessazione del rischio

In caso di cessazione del rischio il contratto si scioglie (art. 1896 del Codice Civile) e pertanto la singola polizza pertinente al rischio cessato viene annullata. La Compagnia rimborserà al Contraente, al netto delle

imposte, la parte di premio relativa al periodo di rischio non corso.

Art. 09 – Assicurazione per conto di chi spetta

La presente polizza è stipulata dal Contraente in nome proprio e nell'interesse di chi spetta.

In caso di sinistro però, i terzi interessati non avranno alcuna ingerenza nella nomina dei periti da eleggersi dalla Compagnia e dall'Assicurato, né azione alcuna per impugnare la perizia, rimanendo stabilito e convenuto che le azioni, ragioni e diritti sorgenti dall'assicurazione stessa non possono essere esercitati che dall'Assicurato. L'indennità che, a norma di quanto sopra, sarà stata liquidata in contraddittorio, non potrà essere versata se non con l'intervento, all'atto del pagamento, dei terzi interessati.

Art. 10 – Facoltà bilaterale di recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro e fino al 60° (sessantesimo) giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Compagnia e l'Assicurato possono recedere dall'assicurazione, con preavviso di 90 (novanta) giorni e la Compagnia rimborserà al Contraente, entro 30 (trenta) giorni dalla data di efficacia del recesso stesso, i ratei di premio pagati e non goduti escluse le imposte.

Art. 11 – Oneri fiscali

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

Art. 12 – Obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari

La Società Assicuratrice, la Società di Brokeraggio, nonché ogni altra Impresa a qualsiasi titolo interessata al presente contratto [cd filiera], sono impegnate ad osservare gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari in ottemperanza a quanto previsto dalla Legge 13/08/2010 n.° 136 e s.m.i.

I soggetti di cui al paragrafo precedente 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 ed 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 S.p.A.] e riportate, 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 C.C. e dall'art. 3, comma 8 della Legge.

Art. 13 – Rinvio alle norme di legge e Foro competente

Per l'interpretazione della presente polizza e per tutto quanto non espressamente previsto dalle condizioni in essa contenute o ad essa aggiunte mediante regolare atto sottoscritto dalle Parti Contraenti, si dovrà fare riferimento alle leggi della Repubblica Italiana.

Foro competente è esclusivamente quello del luogo di residenza del Contraente.

SEZIONE C – INFORTUNI DEGLI AMMINISTRATORI

Art. 14 – Persone assicurabili

L'assicurazione, vale per le seguenti persone che il Contraente ha l'obbligo e/o l'interesse ad assicurare:

- a) Presidente;
- b) Assessori;
- c) Consiglieri.

La Compagnia rinuncia alla preventiva identificazione delle persone e/o categorie assicurate.

Il Contraente tuttavia dichiara che per ogni persona da tenere in garanzia esistono atti e documenti ufficiali, delibere, ordinanze ed altri strumenti legislativi od aventi forza di legge, che possano comprovare la qualifica di "Assicurato". Detti atti o documenti sono a disposizione della Compagnia per verifiche e controlli anche in assenza di sinistri.

Resta inteso che, in caso di sinistri, alla denuncia dovrà essere allegato il provvedimento che giustifica la qualifica di Assicurato per l'infortunato..

Art. 15 – Limiti dell'assicurazione

L'assicurazione è prestata per ciascuna persona:

- in caso di morte:
 - € 200.000,00 (duecentomila/00) per il Sindaco e gli Amministratori;
 - € 150.000,00 (centocinquantamila/00) per i Consiglieri Comunale.
- in caso di invalidità permanente:
 - € 250.000,00 (duecentocinquantamila/00) per il Sindaco e gli Amministratori;

€ 200.000,00 (duecentomila/00) per i Consiglieri Comunali.

La presente garanzia viene prestata senza franchigia.

Pertanto si conviene che:

- l'indennizzo viene liquidato in misura proporzionale al grado di invalidità accertato, senza applicazione di alcuna franchigia;
- nel caso in cui l'invalidità permanente accertata sia maggiore del 65% della totale, la Compagnia liquida l'indennizzo in misura pari al 100% del capitale assicurato.

Art. 16 – Determinazione del premio

Il tasso di premio viene pattuito per capitali prestabiliti.

SEZIONE D – INFORTUNI DEI VOLONTARI

Art. 17 – Persone assicurabili

L'assicurazione, vale per le seguenti persone che il Contraente ha l'obbligo e/o l'interesse ad assicurare:

- a) i volontari;
- b) altre persone da individuare di volta in volta.

La Compagnia rinuncia alla preventiva identificazione delle persone e/o categorie assicurate.

Il Contraente tuttavia dichiara che per ogni persona da tenere in garanzia esistono atti e/o documenti ufficiali, delibere, ordinanze ed altri strumenti legislativi o aventi forza di legge, che possono comprovare la qualifica di "Assicurato". Detti atti o documenti sono a disposizione della Compagnia per verifiche e controlli anche in assenza di sinistri.

Resta inteso che, in caso di sinistro, alla denuncia dovrà essere allegato il provvedimento che giustifica la qualifica di Assicurato per l'infortunato.

Art. 18 – Limiti dell'assicurazione

L'assicurazione è prestata per ciascun assicurato:

- in caso di morte per una somma corrispondente a 5 volte la retribuzione figurativa annua lorda indicata all' art.19 [determinazione del premio];
- in caso di invalidità permanente per una somma corrispondente a 6 volte la retribuzione figurativa annua lorda indicata all' art.19 [determinazione del premio];

La presente garanzia viene prestata senza franchigia.

Pertanto si conviene che:

- l'indennizzo viene liquidato in misura proporzionale al grado di invalidità accertato, senza applicazione di alcuna franchigia;

nel caso in cui l'invalidità permanente accertata sia maggiore del 65% della totale, la Compagnia liquida l'indennizzo in misura pari al 100% del capitale assicurato.

Art. 19 – Determinazione del premio

Il tasso di premio viene pattuito sulla base delle "retribuzioni figurative" a valere per le categorie di assicurati indicate nell'art. 17 [persone assicurabili].

Le Parti convengono che le somme garantite debbano essere ragguagliate ad una retribuzione figurativa di € 30.000,00 (trentamila/00) annui, corrispondente a 220 giornate lavoro, dove per giornata lavoro si intende un totale di 8 ore.

SEZIONE E – INFORTUNI DEI CONDUCENTI E/O DEI DIPENDENTI IN MISSIONE

Art. 20 – Persone assicurabili

Sono assicurabili nella fattispecie indistintamente:

- caso A: i conducenti di tutti i mezzi di trasporto di proprietà od in uso all'Ente;
- caso B: Dipendenti del Contraente, che subiscano l'infortunio su mezzi non di proprietà od in uso all'Ente.

La Compagnia rinuncia alla preventiva identificazione delle persone assicurate.

Il Contraente tuttavia dichiara che per ogni persona da tenere in garanzia esistono atti e documenti ufficiali, delibere, ordinanze ed altri strumenti legislativi od aventi forza di legge, che possano comprovare la qualifica di "Assicurato". Detti atti o documenti sono a disposizione della Compagnia per verifiche e controlli anche in assenza di sinistri.

Resta inteso che, in caso di sinistri, alla denuncia dovrà essere allegato il provvedimento che giustifica la qualifica di Assicurato per l'infortunato.

Poiché la presente assicurazione è stipulata dal Contraente anche nel proprio interesse e secondo quanto disposto dai relativi D.P.R. gli importi liquidati in base alla presente polizza saranno detratti dalle somme eventualmente spettanti a titolo di equo indennizzo per lo stesso evento.

Art. 21 – Limiti dell'assicurazione

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, ogni persona assicurata fruisce delle garanzie di seguito descritte:

- in caso di Morte: € 150.000,00 (centocinquantamila/00) agli eredi dell'Assicurato;
- in caso di Invalidità Permanente: € 200.000,00 (duecentomila/00);
- rimborso spese mediche sino ad € 5.000,00 (cinquemila/00);

Art. 22 – Determinazione del premio

Il premio della presente polizza è convenuto per capitali prestabiliti:

- caso A: in forma numerico anonima in funzione del numero dei veicoli di proprietà od in uso all'Ente;
- caso B: in forma anonima in funzione della percorrenza chilometrica annua.

SEZIONE F – CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Art. 23 – Identificazione dell'assicurazione

L'assicurazione vale esclusivamente per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento di attività, funzioni e/o mansioni in genere rientranti nel coacervo delle attività che più in generale il Contraente può legittimamente esercitare per propria autonomia statutaria e potestà regolamentare, nonché per delega o trasferimento dallo Stato e/o dalla Regione e/o dalla Provincia.

Con riferimento alla Sezione E [Infortuni dei Conducenti e/o Dipendenti in missione] si precisa che l'assicurazione vale per:

- caso A: gli infortuni che l'Assicurato subisca alla guida di un mezzo di trasporto di proprietà od in uso all'Ente, di cui sia stato autorizzato l'utilizzo dall'Ente stesso;
- caso B: gli infortuni che i Dipendenti del Contraente, subiscano alla guida di mezzi di trasporto non di proprietà od in uso all'Ente, di cui sia stato autorizzato l'utilizzo dall'Ente stesso.

Si precisa pertanto che sono ammesse le missioni esterne, la guida di veicoli in genere e l'uso come passeggero di aeromobili entro i limiti prefissati all'art. 30 [rischio volo].

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

Sono compresi in garanzia:

- a) imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- b) atti di terrorismo e/o tumulti popolari, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- c) atti di temerarietà, soltanto se compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- d) infortuni sofferti in stato di malore e/o incoscienza;
- e) l'avvelenamento acuto e le lesioni derivanti da ingestione od assorbimento di sostanze;
- f) l'annegamento, l'assideramento, il congelamento, la folgorazione, i colpi di sole o di calore o di freddo;
- g) le conseguenze obiettivamente constatabili di morsi o punture di animali;
- h) le lesioni determinate da sforzi, esclusi gli infarti e le ernie non traumatiche;
- i) aggressioni od atti violenti, qualunque ne sia il movente, sempre che l'Assicurato non vi abbia preso parte volontariamente;
- j) eventi catastrofali (terremoto – maremoto – eruzioni vulcaniche – inondazioni – alluvioni – mareggiate – frane – grandine – neve);
- k) infortuni conseguenti a colpi di sonno;
- l) l'asfissia non dipendente da malattia;
- m) infortuni avvenuti durante la salita e la discesa dal veicolo.

Art. 24 – Validità territoriale

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

Art. 25 – Regolazione del premio

Il premio della presente polizza è convenuto:

- relativamente alla Sezione C [Infortuni degli Amministratori] per capitali prestabiliti in forma numerico anonima, in funzione del numero degli Assicurati (Presidente – Assessori – Consiglieri) in forza al momento della stipula della presente polizza;

- relativamente alla Sezione D [Infortuni dei Volontari] in funzione della retribuzione figurativa individuata all'art. 19;

- relativamente alla Sezione E [Infortuni dei Conducenti e/o Dipendenti in missione] per capitali prestabiliti:

- caso A: in funzione del numero di veicoli di proprietà od in uso all'Ente;

- caso B: in funzione della percorrenza chilometrica annua.

Il premio viene anticipato in via provvisoria secondo i conteggi esposti in polizza, ed è regolato alla fine di ogni annualità assicurativa o della minor durata contrattuale secondo le variazioni intervenute nel medesimo periodo. A tale scopo il Contraente deve fornire alla Compagnia, entro i 90 (novanta) giorni successivi alla scadenza del periodo assicurativo o del contratto, tutti i dati necessari, cioè deve indicare:

- per la Sezione C, se vi sono state variazioni nel numero degli Amministratori;
- per la Sezione D il numero totale delle giornate lavoro per le quali ha avuto luogo l'assicurazione: tale numero si ottiene sommando tra loro le giornate lavorative effettuate dai singoli assicurati;
- per la Sezione E:
 - caso A: il numero dei veicoli di proprietà od in uso all'Ente;
 - caso B: i chilometri percorsi.

La Compagnia calcolerà il premio di regolazione moltiplicando i tassi concordati per i dati indicati detraendo dall'importo così ricavato il premio anticipato.

Le differenze attive o passive risultanti dalla regolazione devono essere saldate entro 60 (sessanta) giorni dalla relativa comunicazione da parte della Compagnia.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati occorrenti ed il pagamento del conguaglio dovuto alla Compagnia, questa deve fissargli un ulteriore termine non inferiore a 60 (sessanta) giorni, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria viene considerato in conto e garanzia di quello relativo all'annualità assicurativa per la quale non ha avuto luogo la regolazione od il pagamento del conguaglio, e l'assicurazione rimane sospesa fino alle ore 24,00 del giorno in cui il Contraente non adempie ai propri obblighi. Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio nei termini sopra citati, la Compagnia è obbligata per le richieste di risarcimento presentate nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione in maniera proporzionale al mancato incasso.

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

Art. 26 – Caso Morte

Se l'Assicurato dovesse morire entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, la compagnia liquiderà ai beneficiari la somma assicurata.

L'indennizzo per il Caso Morte non è cumulabile con quello di Invalidità Permanente. Si conviene tuttavia che se dopo il pagamento di un indennizzo per Invalidità Permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Compagnia corrisponde ai beneficiari la differenza tra l'indennizzo pagato e la somma assicurata per il Caso Morte, ove quest'ultima risulti maggiore.

Qualora a seguito dell'infortunio la salma dell'Assicurato non venga ritrovata, la Compagnia liquida ai beneficiari la somma assicurata entro 30 (trenta) giorni dalla dichiarazione di morte presunta come previsto dagli art. 60 e 62 del Codice Civile.

Se dopo che la Compagnia ha pagato l'indennizzo risulta che l'Assicurato è ancora in vita, la Compagnia avrà diritto, entro 15 (quindici) giorni dalla richiesta, alla restituzione da parte dei beneficiari della somma loro pagata.

Resta inteso che l'Assicurato avrà così diritto all'indennizzo previsto in polizza per altri casi eventualmente assicurati.

Art. 27 – Invalidità Permanente

L'indennizzo per Invalidità Permanente è dovuto se essa si verifica entro due anni dal giorno dell'infortunio.

Il grado di Invalidità Permanente è accertato facendo riferimento alle percentuali stabilite dall'allegato n.° 1 al D.P.R. 1124 del 30.06.1965 e seguendo i criteri qui esposti:

- a) di detta tabella si utilizzano, ove previsto, le percentuali riferite alla sola parte destra, abolendo qualsiasi distinzione tra parte destra e sinistra del corpo;
- b) la perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se si tratta di minorazione, le percentuali previste dalla citata tabella INAIL vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta;
- c) qualora l'infortunio determini menomazione di uno o più distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con criteri aritmetici fino a raggiungere, al massimo, il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso;
- d) nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti l'indennità viene stabilita mediante l'adozione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al massimo del 100%;
- e) nei casi di Invalidità Permanente non specificati dalla tabella INAIL, l'indennizzo è stabilito in riferimento ai valori ed ai criteri sopraindicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della generica capacità lavorativa, indipendentemente dall'attività dell'Assicurato;
- f) in caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già menomato, nella

valutazione del grado d'Invalidità Permanente le percentuali di cui sopra sono diminuite tenendo conto del grado di inabilità preesistente.

Il diritto all'indennizzo per Invalidità Permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile ai beneficiari, eredi od aventi causa. Se tuttavia l'infortunato muore per cause indipendenti dalle lesioni subite dopo che l'indennizzo per Invalidità Permanente sia stato liquidato o comunque offerto in misura determinata la Compagnia paga ai beneficiari l'importo liquidato od offerto.

Art. 28 – Rimborso spese mediche

Relativamente alla Sezione E [Infortuni dei Conducenti e/o dei Dipendenti in missione] in caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, la compagnia rimborsa, fino alla concorrenza di quanto indicato all'art. 21 [limiti dell'assicurazione], dietro presentazione in originale della relativa documentazione, per ogni infortunio, le spese:

- sostenute durante il ricovero per assistenza medica ed infermieristica, onorari dell'equipe che effettua l'intervento, diritti di sala operatoria e materiale d'intervento (comprese le endoprotesi), accertamenti diagnostici, trattamenti riabilitativi, rette di degenza;
- sostenute nei 60 (sessanta) giorni prima del ricovero per visite specialistiche ed accertamenti diagnostici; sostenute nei 120 (centoventi) giorni successivi alla dimissione dall'Istituto di cura per accertamenti diagnostici, visite specialistiche, trattamenti riabilitativi. Le spese di cui al presente comma sono rimborsate nella misura del 70% (settantapercento), restando il rimanente 30% (trentapercento) a carico dell'Assicurato, ad eccezione dei tickets del S.S.N. che sono integralmente rimborsati perché di importo complessivo non inferiore ad € 25,00 (venticinque/00) che rimangono a carico dell'Assicurato;
- sostenute per l'intervento riparatore del danno estetico dovuto ad infortunio, provato dalla cartella clinica descrittiva rilasciata da un Pronto Soccorso. Dette spese sono rimborsabili fino alla concorrenza di € 2.500,00 (duemilacinquecento/00) purché l'intervento di chirurgia ricostruttiva avvenga entro 2 (due) anni dall'infortunio;
- sostenute per l'acquisto di lenti e/o occhiali (compresa la montatura fino ad € 100,00 di spesa) resi necessari da variazione della capacità visiva dell'Assicurato causata da infortunio. Il rimborso è effettuato fino alla concorrenza della somma indicata all'art. 21 [limiti dell'assicurazione];
- sostenute per il trasporto dell'Assicurato al luogo di cura o di soccorso con mezzi adeguati alle condizioni di salute dell'Assicurato stesso. Il rimborso avviene nella misura del 70% (settantapercento) e fino alla concorrenza della somma indicata all'art. 21 [limiti dell'assicurazione] e fino ad € 2.500,00 (duemilacinquecento/00) se l'emergenza richiede l'intervento dell'eliambulanza;
- sostenute in caso di rottura dei denti, fino ad € 300,00 (trecento/00) per dente a titolo di rimborso per le prime spese di cura e protesi, complessivamente fino alla concorrenza della somma indicata all'art. 15 [limiti dell'assicurazione] per più denti. Sono escluse dalla garanzia le protesi già applicate.

Art. 29 – Rischi sportivi

La garanzia vale durante la pratica di ogni disciplina sportiva solo in quanto espressione professionale dell'attività della persona assicurata, cioè manifestazioni a scopo benefico e/o manifestazioni che richiedano l'intervento promozionale di Amministratori e/o di Dirigenti e/o di funzionari e/o di dipendenti.

Art. 30 – Rischio volo

La garanzia è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca in qualità di passeggero, durante i viaggi aerei di trasporto pubblico o privato passeggeri su velivoli od elicotteri da chiunque eserciti, esclusi i viaggi effettuati:

- su aeromobili di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri;
- su aeromobili di Aeroclubs;
- su aeromobili adibiti al volo da diporto e/o sportivo.

La copertura inizia dal momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e cessa nel momento in cui ne è disceso. La salita e la discesa mediante scale o altre attrezzature aeroportuali fanno parte del rischio volo.

L'assicurazione concessa nei limiti di cui sopra vale anche per gli atti di pirateria, sabotaggio, dirottamento, purché non conseguenti a guerra, anche non dichiarata, od insurrezioni, fatto salvo quanto specificato all'art. 31 [rischio guerra].

L'assicurazione vale per i casi e le somme uguali a quelli assicurati per la presente polizza e per i rischi da essa previsti, entro i limiti sotto indicati.

La somma delle garanzie previste dalla presente e da eventuali altre assicurazioni stipulate dall'Assicurato o da altri in suo favore per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni (individuali e/o cumulative) non potrà superare i seguenti capitali:

a) per persona:

- € 1.000.000,00 (unmilione/00) per il caso morte;
- € 1.000.000,00 (unmilione/00) per invalidità permanente;
- € 250,00 (duecentocinquanta/00) al giorno per inabilità temporanea.

b) complessivamente per aeromobile:

- € 5.000.000,00 (cinquemilioni/00) per il caso morte;
- € 5.000.000,00 (cinquemilioni/00) per invalidità permanente;
- € 5.000,00 (cinquemila/00) per inabilità temporanea.

In detta limitazione per aeromobile rientrano anche i capitali riferiti ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze infortuni "cumulative" stipulate dallo stesso Contraente. Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedano gli importi sopra indicati, gli indennizzi spettanti in caso di sinistro saranno adeguati con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti, salvo il diritto del Contraente al rimborso dei premi imponibili nella stessa proporzione.

Art. 31 – Rischio guerra

L'assicurazione vale per gli infortuni derivanti da stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, per il periodo massimo di 14 (quattordici) 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 in pace.

Art. 32 – Rischio "in itinere"

La garanzia viene estesa agli infortuni che avvengano durante il tempo strettamente necessario a compiere il tragitto abituale dall'abitazione dell'Assicurato al luogo di lavoro e viceversa.

Art. 33 – Eventi catastrofali

L'assicurazione vale per gli infortuni causati da terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, trombe, uragani, ma per la metà delle somme indicate in contratto per persona per ciascun caso di morte ed invalidità permanente. Se più assicurati con la presente polizza fossero coinvolti in un medesimo evento, l'esborso massimo della Compagnia non potrà superare l'importo di € 1.500.000,00 (unmilione cinquecentomila/00); se gli indennizzi spettanti eccedessero tale importo gli stessi saranno proporzionalmente ridotti. Gli infortuni causati da movimenti tellurici, maremoti, inondazioni, eruzioni vulcaniche, trombe, uragani, verificatisi fuori dai confini d'Italia, San Marino, Città del Vaticano saranno indennizzati senza tenere conto dei limiti sopra indicati.

Art. 34 – Malattie tropicali

La garanzia è estesa, per il solo caso d'invalidità permanente, alle malattie tropicali, come definite dalle disposizioni di legge in materia. L'assicurazione è prestata per una somma pari a quella assicurata per l'evento "infortunio".

La garanzia è prestata con una franchigia del 24% e pertanto:

- nessun indennizzo spetta qualora l'invalidità accertata sia pari od inferiore al 24%;
- per invalidità comprese tra il 25% ed il 32% l'indennizzo sarà pari al 10% del capitale;
- per invalidità comprese tra il 33% ed il 40% l'indennizzo sarà pari al 25% del capitale;
- per invalidità comprese tra il 41% ed il 50% l'indennizzo sarà pari al 40% del capitale;
- per invalidità comprese tra il 51% ed il 60% l'indennizzo sarà pari al 55% del capitale;
- per invalidità comprese tra il 61% ed il 75% l'indennizzo sarà pari al 75% del capitale
- per invalidità superiore al 75% l'indennizzo sarà pari al 100% del capitale.

La presente estensione di garanzia vale a condizione che gli assicurati siano in buona salute e si siano sottoposti alle prescritte pratiche di profilassi.

Il Contraente si impegna ad informare gli Assicurati dell'obbligo di denunciare alla Compagnia di essere stati colpiti dalla malattia di cui trattasi indipendentemente dall'esito che essa avrà, nonché di produrre in sede di denuncia la documentazione a prova dell'avvenuta profilassi. L'accertamento degli eventuali postumi d'invalidità verranno effettuati in Italia.

Art. 35 - Delimitazione dell'assicurazione

Fermo restando il principio contrattuale secondo il quale ciò che non viene espressamente escluso e/o delimitato rientra nell'operatività della garanzia, le Parti si danno reciprocamente atto che sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti da:

- a) guida od uso, anche come passeggero, di mezzi subacquei e di aeromobili, salvo quanto disposto dall'art. 30 [rischio volo];
- b) uso non terapeutico di stupefacenti e/o allucinogeni e/o psicofarmaci;
- c) operazioni chirurgiche, accertamenti, cure mediche non resi necessari da infortuni;
- d) trasformazioni od assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) ed accelerazione di particelle atomiche;
- e) atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato.
- f) guida senza possesso di regolare patente di abilitazione, idonea al veicolo che si conduce.

Sono comunque esclusi l'infarto e le ernie non traumatiche.

Art. 36 – Tabella INAIL

Per la valutazione del grado d'invalidità permanente si conviene di utilizzare la tabella prevista dall'allegato n.° 1 del D.P.R. n.° 1124 del 30.06.1965., abolendo qualsiasi distinzione, ove previsto, tra la parte destra e la parte sinistra del corpo e mantenendo la percentuale più favorevole all'Assicurato.

Art. 37 – Esonero denuncia infermità

Il Contraente è esonerato dal denunciare malattie, mutilazioni, difetti fisici di cui gli Assicurati fossero affetti al

momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire. Gli Assicurati sono pertanto inclusi in garanzia indipendentemente dalle loro condizioni fisiche e di salute.

Nel caso di eventuali infortuni, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già menomati, nella valutazione del grado di invalidità permanente le percentuali di cui alla tabella prevista dall'allegato n.° 1 del D.P.R. n.° 1124 del 30.06.1965 sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Art. 38 – Responsabilità Civile del Contraente

- a) qualora, nonostante l'indennizzo liquidato a termini di polizza, l'Assicurato o, in caso di morte, i beneficiari od altri aventi diritto, congiuntamente o singolarmente, avanzino maggiori pretese nei confronti del Contraente a titolo di risarcimento dei danni per Responsabilità Civile, la Compagnia risponde delle maggiori somme che questi fosse tenuto a pagare per morte, invalidità permanente, inabilità temporanea, in eccedenza all'indennizzo predetto, fino alla concorrenza di un importo pari all'indennizzo stesso, ma entro il limite di € 200.000,00 (duecentomila/00) per persona;
- b) qualora in un medesimo sinistro siano coinvolti più Assicurati, il maggior esborso a carico della Compagnia non potrà complessivamente superare la somma di € 800.000,00 (ottocentomila/00);
- c) la garanzia prestata con la presente estensione dell'assicurazione è operante soltanto per gli infortuni indennizzabili con la presente polizza, ma non vale:
 - per le azioni di rivalsa esperite da Enti gestori di Assicurazioni Sociali;
 - se, in relazione agli infortuni indennizzabili ai termini della presente polizza, è in corso con la Compagnia una polizza per la copertura della Responsabilità Civile del Contraente da essi derivante;
- d) se per un infortunio viene iniziato un procedimento Penale od una causa in sede Civile, il Contraente dovrà darne comunicazione alla Compagnia appena ne ha conoscenza; parimenti dovrà informare questa di qualsiasi domanda proposta da infortunati o loro beneficiari od aventi diritto per conseguire risarcimenti a titolo di Responsabilità Civile, trasmettendole in ogni caso documenti, notizie e quanto altro riguarda la vertenza. La Compagnia assume fino a soluzione, sostenendone le spese, la gestione delle vertenze tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, sia Civile che Penale, a nome del Contraente, avvalendosi di tutti i diritti ed azioni a Lui spettanti.

Art. 39 – Condizioni aggiuntive

Relativamente alla Sezione D [Infortuni dei Volontari] per le persone rientranti nelle categorie "volontari" ed "altre persone da individuare di volta in volta" si conviene quanto segue:

l'assicurazione per ciascuna persona è prestata oltre che per i casi e le somme di cui all'art. 17 [persone assicurabile] ed art. 18 [limiti dell'assicurazione] anche per le seguenti garanzie:

- rimborso spese sanitarie fino a concorrenza di € 8.000,00 (ottomila/00) per sinistro;
- indennità di ricovero a seguito d'infortunio per € 50,00 (cinquanta/00) al giorno e per un periodo massimo di 365 (trecentosessantacinque) giorni;
- indennità per gessatura per € 50,00 (cinquanta/00) al giorno e per un periodo massimo di 365 (trecentosessantacinque) giorni, comprensivo dell'indennità per ricovero.

Per le cure delle lesioni causate da infortunio la Compagnia rimborsa fino alla concorrenza del massimale assicurato, le spese sostenute:

1. in caso di ricovero per la degenza in istituto di cura (onorari dei medici, cure mediche, esami, diritti di sala operatoria, materiale d'intervento comprese le endoprotesi, trattamenti riabilitativi, rette di degenza). Qualora le spese di ricovero siano interamente a carico del Servizio Sanitario Nazionale, la Compagnia, in sostituzione del rimborso, liquida una diaria di € 75,00 (settantacinque/00) per ogni pernottamento e per un massimo di 100 (cento) pernottamenti. La diaria sostitutiva cumula con la diaria da ricovero con il limite di € 125,00 (centoventicinque/00);
2. relativamente alle prestazioni sanitarie extra-ricovero, per accertamenti diagnostici, onorari dei medici, interventi chirurgici ambulatoriali e cure mediche, trattamenti riabilitativi, noleggio di apparecchiature terapeutiche e/o ortopediche, per cure e protesi dentarie rese necessarie da infortunio. Le spese per il materiale prezioso e le leghe speciali impiegati nelle protesi sono rimborsabili fino ad € 1.000,00 (mille/00) mentre non sono rimborsabili le spese per la riparazione o la sostituzione di protesi applicate prima dell'infortunio; per il trasporto dell'Assicurato al luogo di cura o di soccorso o da un istituto di cura all'altro con mezzi adeguati alla gravità delle condizioni dell'infortunato, il tutto fino alla concorrenza di € 500,00 (cinquecento/00), o di € 2.500,00 (duemilacinquecento/00) se vi è l'intervento dell'eliambulanza. Le spese del presente comma sono rimborsate nella misura dell'80% (ottantapercento), il rimanente 20% (ventipercento), con il limite di € 75,00 (settantacinque/00) per ogni infortunio, resta a carico dell'Assicurato;
3. in caso d'intervento riparatore del danno estetico per la chirurgia plastica fino alla concorrenza di € 2.500,00 (duemilacinquecento/00). Tali spese sono rimborsabili purché l'intervento riparatore avvenga entro due anni dal giorno dell'infortunio (provato da cartella clinica descrittiva del Pronto Soccorso) e non oltre un anno dalla scadenza del contratto.

Art. 40 – Buona fede

La mancata comunicazione da parte del Contraente di circostanze aggravanti il rischio, così come le inesatte od incomplete dichiarazioni rese all'atto della stipulazione della polizza, non comporteranno decadenza dal diritto all'indennizzo né riduzione dello stesso, sempre che tali omissioni od inesattezze siano avvenute in buona fede. La Compagnia ha il diritto di percepire la differenza di premio corrispondente al maggior rischio a decorrere dal momento in cui la circostanza si è verificata, previa trattativa tra le Parti con l'intervento del Broker.

Art. 41 – Colpa grave

La Compagnia risponde dei danni derivanti dagli eventi per i quali è prestata la garanzia determinati con colpa grave dell'Assicurato, dolo e colpa grave dei dipendenti del Contraente, degli Amministratori dell'Ente nonché di tutti coloro che occupino locali e/o insediamenti, oppure esercitino attività, purché legittimamente autorizzati dallo stesso Contraente.

Art. 42 – Rinuncia alla rivalsa

La Compagnia rinuncia ad avvalersi del diritto di surroga derivante dall'art. 1916 del Codice Civile lasciando così integri i diritti dell'Assicurato o dei suoi aventi causa nei confronti dei terzi responsabili dell'infortunio.

SEZIONE G – GESTIONE DEI SINISTRI

Art. 43 – Denuncia dei sinistri

In caso di sinistro il Contraente e/o l'Assicurato devono darne avviso alla Compagnia entro 15 (quindici) giorni da quando ne hanno avuto conoscenza. Se il fatto è mortale occorre immediatamente l'invio di un telegramma.

La denuncia deve contenere la descrizione dell'infortunio, il luogo, il giorno, l'ora, le cause che lo hanno determinato. Essa deve essere corredata dal certificato medico contenente la prognosi circa la ripresa, anche solo parziale, dell'attività lavorativa da parte dell'Assicurato. Successivamente l'Assicurato deve inviare certificati medici sul decorso delle lesioni. L'accertamento di eventuali postumi d'invalidità permanente deve essere effettuato in Italia.

In caso di applicazione di apparecchio gessato, la natura della lesione, la relativa immobilizzazione e la sua durata devono essere provati da cartella clinica o da documento equivalente rilasciato dall'istituto di cura o dal medico che ha effettuato l'intervento.

Per il rimborso delle spese di cura devono essere presentati i documenti di spesa in originale (fatture, notule, ricevute) debitamente quietanzati, nonché la relativa documentazione medica. La liquidazione viene effettuata a cura ultimata. Qualora intervenga il Servizio Sanitario Nazionale od altra assicurazione privata, detti originali possono essere sostituiti da copie con l'attestazione del contributo erogato dall'Ente pubblico o delle spese rimborsate dall'Assicuratore privato.

L'Assicurato, i suoi familiari e gli aventi diritto devono consentire la visita dei medici della Compagnia ed a qualsiasi indagine od accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato stesso.

Art. 44 – Controversie sulla natura e conseguenza delle lesioni

In caso di divergenze sul nesso causale tra evento e lesione, sulla natura o conseguenze delle lesioni, sul grado d'invalidità permanente o sulla durata e pertinenza dell'inabilità temporanea e delle spese di cura, si procederà, mediante arbitrato di un Collegio Medico. I due primi componenti di tale Collegio saranno designati dalle Parti ed il terzo con l'accordo dai primi due o, in caso di disaccordo, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il Collegio Medico.

Il Collegio Medico risiede nel Comune, che sia sede di istituto universitario di medicina legale e delle assicurazioni, più vicino alla residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza dei voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono sempre vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

Art. 45 – Liquidazione e pagamento

Ricevuta la necessaria documentazione, la Compagnia, determinato l'indennizzo che risulti dovuto, provvede al pagamento entro 30 (trenta) giorni. L'indennizzo verrà corrisposto in Italia. Il rimborso di spese di cura effettuate all'estero verrà eseguito al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta.

Art. 46 – Comunicazione sullo stato dei sinistri da parte della Compagnia

La Società si impegna a garantire al Contraente/Assicurato ed al Broker l'accesso all'Ispettorato sinistri per la discussione delle vertenze relative ai danni denunciati e comunque la facilitazione per gli opportuni collegamenti telefonici e via telefax.

La Società, inoltre, si impegna ad inviare al Broker, con cadenza semestrale, una comunicazione scritta che riporti lo stato dei sinistri denunciati ed aperti con i rispettivi numeri di protocollazione, data di accadimento,

tipologia di avvenimento e le seguenti annotazioni:

- sinistro liquidato, con relativo importo;
- sinistro aperto, in corso di verifica;
- sinistro aperto, con comunicazione dell'importo a riserva;
- sinistro chiuso, senza seguito.

SCHEDA SINISTRI

anno	n.°	liquidati €	n.°	riservati €	n.°	senza seguito €
2011	00		00		00	
2012	00		00		00	
2013	00		00		00	
2014	00		00		00	
2015	00		00		00	

ATTUALE ASSICURATORE: " REALE MUTUA " - Agenzia di Sassari.

**QUOTAZIONE PER ASSICURAZIONE INFORTUNI
IN FAVORE DELLA
UNIONE DEI COMUNI ALTA GALLURA
risposta della Compagnia**

Allegati:

- glossario di terminologia assicurativa;
- elenco delle garanzie richieste;
- descrizione dell'attività svolta – rischio base assicurato;
- Capitolato integrale di assicurazione INFORTUNI.

EVIDENZE DI GARANZIA – PARTICOLARITA' NORMATIVE

RISCHIO DA ASSICURARE; Infortuni professionali in relazione alle mansioni svolte dal singolo Assicurato, comprese le missioni esterne, la guida di veicoli in genere e l'uso, come passeggero, di aeromobili.

PERSONE DA ASSICURARE:

- a) Sezione C [Infortuni degli Amministratori]: Sindaco – Assessori - Consiglieri;
- b) Sezione D [Infortuni dei Volontari]: Volontari – Altre persone da individuare di volta in volta;
- c) Sezione E [Infortuni dei Conducenti e/o Dipendenti in missione]: Conducenti dei veicoli di proprietà, e non di proprietà, od in uso all'Ente per i quali è stato autorizzato l'utilizzo dall'Ente stesso.

FORME DI ASSICURAZIONE:

- a) Sezione C: per capitali prestabiliti, in forma numerico anonima per un totale di **15 soggetti** assicurati;
- b) Sezione D: per capitali prestabiliti, ragguagliati ad una retribuzione figurativa annua pari ad € 30.000,00;
- c) Sezione E: per capitali prestabiliti:
 - caso A: in funzione del numero di veicoli di proprietà od in uso all'Ente;
 - caso B: in funzione di 5.000 chilometri annui percorsi .

La Compagnia d'assicurazione sottoscritta presenta offerta per l'aggiudicazione del Lotto nei seguenti termini:

Sezione C [INFORTUNI DEGLI AMMINISTRATORI]

Persone	Somme assicurate €	Tasso applicato
a1) n.° 1 Presidente n.° 4 Assessori	200.000,00 caso Morte 250.000,00 caso I. P.	
a2) n° 10 Consiglieri	150.000,00 caso Morte 200.000,00 caso I. P.	

PREMIO ANNUO LORDO in cifre	€.
PREMIO ANNUO LORDO in lettere	€.

Sezione D [INFORTUNI DEI VOLONTARI] NON RICHIESTA

Sezione E [INFORTUNI DEI CONDUCENTI E/O DIPENDENTI IN MISSIONE]

Persone	Somme assicurate €	Tasso applicato
Caso A per n.° 1 veicoli di proprietà od in uso all'Ente	150.000,00 caso Morte 200.000,00 caso I. P.	
	5.000,00 Rimborso spese mediche	
Caso B NON RICHIESTA	150.000,00 caso Morte 200.000,00 caso I. P.	
	5.000,00 Rimborso spese mediche	

PREMIO ANNUO LORDO in cifre	€
PREMIO ANNUO LORDO in lettere	€

PREMIO ANNUO LORDO COMPLESSIVO in cifre	€
PREMIO ANNUO LORDO COMPLESSIVO in lettere	€

La situazione sinistri è evidenziata nell'ultima pagina del Capitolato

Compagnia _____

Agenzia _____

Telefono _____

Fax _____

e-mail _____

Timbro e firma

NOTE DELLA COMPAGNIA / DIFFORMITA' DAL CAPITOLATO:

Timbro e firma

LOTTO 03 – CAPITOLATO D'ONERI ASSICURAZIONE

TUTELA LEGALE

DEFINIZIONI DI POLIZZA

Ai seguenti termini le Parti attribuiscono il significato di seguito precisato:

Amministrazione: è l'Ente Pubblico nel quale, od in favore del quale, gli Amministratori ed i dipendenti ricoprono incarichi e svolgono funzioni. L'Amministrazione è comunque terza qualora l'operato degli Amministratori e dei dipendenti, nell'esercizio delle loro mansioni, funzioni e qualifiche, arrechino danno alla stessa secondo le disposizioni normative di polizza;

Arbitrato; istituto con il quale le Parti, di comune accordo, rinunciano ad adire l'Autorità giudiziaria ordinaria per la risoluzione di controversie concernenti l'interpretazione o l'esecuzione del contratto, demandando ogni decisione sui predetti punti ad un collegio arbitrale;

Assicurato: è il soggetto fisico o giuridico in favore del quale viene prestata la garanzia assicurativa ed il cui interesse è tutelato dall'assicurazione;

Assicurazione: è il contratto d'assicurazione stipulato tra le Parti;

Assistenza giudiziale: attività di patrocinio che ha inizio quando si attribuisce al giudice la decisione sull'oggetto della controversia;

Assistenza stragiudiziale: è quella attività che viene svolta al fine di comporre qualsiasi vertenza prima del ricorso al giudice e per evitarlo;

Broker: è la MAG JLT S.p.A. quale Broker incaricato dal Contraente della gestione ed esecuzione del contratto, riconosciuto dalla Società;

Caso assicurativo: il sinistro, ovvero il verificarsi del fatto dannoso, cioè la controversia e/o il contenzioso e/o il giudizio Penale, per il quale è prevista l'assicurazione;

Compagnia: è la Società di assicurazione;

Contraente: è il soggetto fisico o giuridico che stipula il contratto, intrattiene i rapporti con la Compagnia ed adempie agli obblighi previsti dal contratto stesso, salvo quelli che per loro natura incombono all'Assicurato (se persona diversa);

Danno extracontrattuale: danno ingiusto conseguente a fatto illecito, a violazione di specifiche norme previste dall'ordinamento giuridico. Tra danneggiato e responsabile non esiste alcun rapporto contrattuale o, se esiste, non ha alcun nesso con l'evento dannoso;

Delitto colposo: quello espressamente previsto come tale (ed a tale titolo contestato) dal Codice Penale, commesso senza volontà né intenzione di commettere alcun reato e dunque per negligenza, imperizia od inosservanza di leggi;

Delitto doloso: qualsiasi delitto all'infuori di quelli espressamente previsti dalla legge come colposi o preterintenzionali;

Dolo: azione intenzionale con la quale si provoca un evento dannoso;

Fatto illecito: consistente nell'inosservanza di una norma di legge o in un comportamento che violi un diritto assoluto del singolo;

Indennizzo: somma dovuta dalla Compagnia in caso di sinistro all'Assicurato e/o Contraente;

Insorgenza contrattuale: momento in cui una delle Parti ha posto in essere il primo comportamento non conforme alle norme ed ai patti concordati;

Insorgenza extracontrattuale: giorno in cui si verifica l'evento dannoso, indipendentemente dalla data di richiesta del risarcimento;

Insorgenza Penale: giorno in cui è stato commesso il reato, si ricava dall'informazione di garanzia;

Periodo d'assicurazione: è ogni periodo di dodici mesi o frazione d'anno nel corso della durata della polizza, coincidente con la data di inizio e quella di scadenza;

Polizza: documento che prova l'assicurazione;

Premio: somma dovuta dal Contraente alla Compagnia quale corrispettivo dell'assicurazione prestata;

Procedimento Civile: procedimento giudiziario che mira a dirimere una controversia;

Procedimento Penale: procedimento giudiziario che mira ad accertare la responsabilità di un imputato e ad infliggere la pena prevista dalla legge, se trovato colpevole;

Reato: violazione di norme penali;

Responsabilità contrattuale: attiene alla violazione di diritti relativi alla stipula di un contratto ed alla sola sfera dei Contraenti;

Responsabilità extracontrattuale: riguarda la violazione di diritti assoluti, cioè di quelli validi *erga omnes* e come tali tutelati dall'ordinamento giuridico;

Ricorso amministrativo: è quello presentato agli Organi amministrativi: Prefetto – Ministero – Tribunale Amministrativo – Consiglio di Stato – ecc. (quindi non alla Magistratura ordinaria);

Rischio: la probabilità che si verifichi un sinistro in relazione all'attività svolta dall'Assicurato e/o dal Contraente e l'entità dei danni che possono derivarne;

Sanzioni amministrative: la sanzione amministrativa è prevista per la violazione di disposizioni di natura non Penale, ad esempio il divieto di sosta. Da non confondere con le contravvenzioni che sono pene previste per commissione di reati e quindi per la violazione di norme penali;

Sinistro o caso assicurativo: il verificarsi del fatto dannoso, vale a dire la controversia, per il quale è stipulata l'assicurazione. Per analogia è la richiesta di risarcimento inviata all'Assicurato e/o al Contraente;

Spese di giustizia: le spese del processo che, in un procedimento Penale, il condannato deve pagare allo Stato. Nel giudizio Civile, invece, sono quelle che vengono pagate dalle Parti, dall'inizio della causa e che, a conclusione del giudizio, il soccombente può essere condannato a rifondere;

Spese legali e peritali: le somme spettanti ai periti nominati dal Giudice (C.T.U. Consulenti Tecnici d'Ufficio) o dalle Parti (Consulenti Tecnici di Parte);

Transazione: accordo con il quale le Parti, facendosi reciproche concessioni, pongono fine ad una lite tra di loro insorta o la prevengono;

Tutela legale: l'assicurazione Tutela legale ai sensi del D. Lgs. 209/2005 artt. n.° 163/4, 173/4 e correlati.

SEZIONE B – CONDIZIONI GENERALI D'ASSICURAZIONE

Art. 01 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo e la cessazione dell'assicurazione, in base agli artt. 1892, 1893, 1894 del Codice Civile.

Art. 02 – Effetto, scadenza, durata e rescindibilità annuale

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24,00 del giorno indicato in polizza

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24,00 del 60° (sessantesimo) giorno dopo quello della decorrenza per il premio iniziale, e dal 90° (novantesimo) giorno delle scadenze successive relativamente ai premi per le annualità future, e riprende vigore dalle ore 24,00 del giorno del pagamento.

In ogni caso, tenuto conto che il Contraente, per proprie esigenze amministrative, effettua pagamenti solo tramite ordinativi bancari preventivamente deliberati, si conviene che ogni copertura inerente il presente contratto decorre dalle ore 24,00 del giorno in cui viene deliberato l'ordine di pagamento, a condizione che tale deliberazione sia fatta entro il 90° (novantesimo) giorno dalla scadenza delle rate e/o appendici.

Il presente contratto s'intende automaticamente disdettato alla sua naturale scadenza senza obbligo di comunicazione inviata dalle Parti. Tuttavia qualora alla scadenza naturale l'Amministrazione Contraente, intenda proseguire il rapporto contrattuale, potrà manifestarlo con comunicazione scritta da inviarsi alla Compagnia entro il 30° (trentesimo) giorno precedente la scadenza stabilita. L'eventuale rinnovo è consentito nei limiti di quanto previsto dalla normativa vigente al momento della scadenza contrattuale ed è subordinato al consenso della Società.

In ogni caso, su espressa richiesta del Contraente ed al fine di consentire l'espletamento della procedura per l'aggiudicazione di un nuovo contratto, la Compagnia s'impegna a prorogare l'assicurazione, alle condizioni economiche e normative in corso, per un periodo massimo di 120 (centoventi) giorni oltre la scadenza contrattuale e dietro la corresponsione del corrispondente rateo di premio.

Se la presente polizza sarà stipulata per un periodo di più annualità, sarà comunque in facoltà delle Parti di rescinderla al termine di ogni periodo assicurativo annuo mediante lettera raccomandata da spedirsi almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza annuale.

Art. 03 – Modifiche dell'assicurazione

Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere provate per iscritto mediante appendice sottoscritta dalle Parti.

Art. 04 – Assicurazione presso diversi Assicuratori

Il Contraente deve comunicare al Broker, che provvederà alle dovute comunicazioni alla Compagnia come disposto dall'art. 5, l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio. In caso di sinistro il Contraente deve darne avviso a tutti gli Assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri (art. 1910 del Codice Civile) ed è tenuto a richiedere a ciascuno di essi l'indennizzo dovuto secondo il rispettivo contratto autonomamente considerato. Qualora la somma di tali indennizzi, escluso dal conteggio l'indennizzo dovuto dall'Assicuratore insolvente, superi l'ammontare del danno, la Compagnia è

tenuta a pagare soltanto la sua quota proporzionale in ragione dell'indennizzo calcolato secondo il proprio contratto, esclusa comunque ogni obbligazione solidale con gli altri Assicuratori.

Art. 05 – Clausola Broker, forma delle comunicazioni

Il Contraente dichiara di avere affidato la gestione del presente contratto a MAG JLT S.p.A., e di conseguenza tutti i rapporti inerenti la presente assicurazione saranno svolti per conto del Contraente dal Broker stesso. Per quanto concerne l'incasso dei premi di polizza, la regolazione verrà effettuata dal Contraente al Broker, che provvederà al versamento alla Compagnia. Resta intesa l'efficacia liberatoria, anche in base ai termini dell'art. 1901 del Codice Civile, del pagamento così effettuato.

Agli effetti dei termini fissati dalle condizioni di assicurazione, ogni comunicazione fatta dal Broker, nel nome e per conto del Contraente, alla Compagnia, si intenderà come fatta dal Contraente.

Parimenti, ogni comunicazione fatta dal Contraente al Broker si intenderà come fatta alla Compagnia, fermo restando l'obbligo del Broker al pronto inoltro della comunicazione stessa.

Il Contraente s'impegna a comunicare agli Assicuratori l'eventuale revoca del mandato.

Art. 06 – Aggravamento del rischio

Il Contraente deve dare comunicazione al Broker di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Compagnia possono comportare la perdita parziale o totale del diritto all'indennizzo e la cessazione dell'assicurazione, in base all'art. 1898 del Codice Civile.

Art. 07 – Diminuzione del rischio

Nel caso di diminuzione del rischio la Compagnia è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente (art. 1897 del Codice Civile) e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 08 – Cessazione del rischio

Oltre ai casi previsti dalla Legge (art. 1896 del Codice Civile) il contratto cessa:

- in caso di decesso dell'Assicurato;
- in caso di cessazione da parte dell'Assicurato per pensionamento, dimissioni od altri motivi, dall'incarico istituzionale.

In caso di cessazione del rischio il contratto si scioglie (art. 1896 del Codice Civile) e pertanto la singola polizza pertinente al rischio cessato viene annullata. La Compagnia rimborserà al Contraente, al netto delle imposte, la parte di premio relativa al periodo di rischio non corso.

Art. 09 – Assicurazione per conto di chi spetta

La presente polizza è stipulata dal Contraente in nome proprio e nell'interesse di chi spetta.

In caso di sinistro però, i terzi interessati non avranno alcuna ingerenza nella nomina dei periti da eleggersi dalla Compagnia e dall'Assicurato, né azione alcuna per impugnare la perizia, rimanendo stabilito e convenuto che le azioni, ragioni e diritti sorgenti dall'assicurazione stessa non possono essere esercitati che dall'Assicurato. L'indennità che, a norma di quanto sopra, sarà stata liquidata in contraddittorio, non potrà essere versata se non con l'intervento, all'atto del pagamento, dei terzi interessati.

Art. 10 – Facoltà bilaterale di recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro e fino al 60° (sessantesimo) giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Compagnia e l'Assicurato possono recedere dall'assicurazione, con preavviso di 90 (novanta) giorni e la Compagnia rimborserà al Contraente, entro 30 (trenta) giorni dalla data di efficacia del recesso stesso, i ratei di premio pagati e non goduti escluse le imposte.

Art. 11 – Oneri fiscali

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

Art. 12 – Obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari

La Società Assicuratrice, la Società di Brokeraggio, nonché ogni altra Impresa a qualsiasi titolo interessata al presente contratto [cd filiera], sono impegnate ad osservare gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari in ottemperanza a quanto previsto dalla Legge 13/08/2010 n.° 136 e s.m.i.

I soggetti di cui al paragrafo precedente 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 ed 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 S.p.A.] e riportate, 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 C.C. e dall'art. 3, comma 8 della Legge.

Art. 13 – Rinvio alle norme di legge e Foro competente

Per l'interpretazione della presente polizza e per tutto quanto non espressamente previsto dalle condizioni in essa contenute o ad essa aggiunte mediante regolare atto sottoscritto dalle Parti Contraenti, si dovrà fare riferimento alle leggi della Repubblica Italiana.

Foro competente è esclusivamente quello del luogo di residenza del Contraente.

SEZIONE C – ASSICURAZIONE DELLA TUTELA LEGALE

Art. 14 – Identificazione dell'assicurazione

La Compagnia, nei limiti del massimale convenuto, assume a proprio carico le spese legali e peritali, tanto in sede giudiziale che stragiudiziale, sostenute dall'Assicurato a tutela dei propri interessi nei casi di responsabilità civile, penale, amministrativa, formale, contabile, fiscale, tributaria, previdenziale ed assistenziale, a seguito di atti e/o fatti commessi dai propri Dipendenti e/o Amministratori nell'esecuzione del mandato o nell'espletamento del servizio, che abbiano dato luogo a richieste da parte di terzi, compresa la Pubblica Amministrazione e lo Stato.

La garanzia specificatamente comprende, a titolo esemplificativo e non limitativo:

- *Adempimenti in materia di sicurezza sul lavoro, cantieri per Enti Pubblici* in base al T.U. 81/2008 (che integra e/o sostituisce i D.Lgs. 626/1994 – 758/1994 – 494/1996 – 231/2001). La garanzia è prestata in conseguenza di illeciti amministrativi e contravvenzionali in sede Penale irrogate al Datore di Lavoro, Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione, Rappresentante dei lavoratori per la Sicurezza, Medico competente, purché dipendenti dell'Ente. La garanzia è estesa agli adempimenti di cui al D.Lgs. 81/2008 quale committente. Sono escluse le spese di perizia diverse da quelle miranti ad accertare e dichiarare l'idoneità e legittimità degli adempimenti, l'applicazione della pena su richiesta delle Parti (Patteggiamento);

- *Arbitrato ed azione legale* nei confronti di Società Assicuratrici per polizze infortuni nei casi di morte od invalidità permanente, se stipulate dall'Ente a favore delle persone assicurate. La garanzia è prestata per far valere il diritto al risarcimento e/o la quantificazione del medesimo;

- *Assistenza legale e peritale* per resistere in sede Civile a richieste risarcitorie avanzate da terzi, fatto salvo quanto previsto all'art.18;

- *Difesa in procedimenti di Responsabilità avanti al Giudice ordinario od al TAR od alla Corte di Conti;*

- *L'opposizione od impugnazione contro provvedimenti e sanzioni amministrative;*

- *Circolazione Veicoli:* difesa in sede Penale dell'Assicurato quale conducente di veicoli o natanti di proprietà dell'Ente o dell'Assicurato stesso, per sinistri avvenuti durante lo svolgimento dell'attività di servizio autorizzata dall'Ente;

- *Esercizio di azioni di risarcimento danni subiti* per fatti illeciti di terzi, compresa la formulazione di Denuncia-Querela, quando vi segua costituzione di parte civile; sono comprese in garanzia anche le azioni per danni derivanti dalla circolazione stradale con mezzi di proprietà dell'Ente o degli Assicurati purché connessi all'espletamento di servizi autorizzati dall'Ente;

- *Difesa Penale:* per imputazioni colpose e per contravvenzioni, comprese quelle derivanti dalla circolazione stradale;

- *Imputazioni penali dolose:* rimborso delle spese legali e peritali sostenute subordinatamente al proscioglimento in istruttoria od a seguito di sentenza definitiva perché il fatto non sussiste, non costituisce reato, o per non averlo commesso, od in caso di derubricazione del reato a colposo. Sono esclusi i casi di estinzione del reato per qualsiasi causa. La garanzia comprende altresì, alle condizioni sopra indicate, i casi di imputazione, ai sensi della Legge n.° 241/90, del Responsabile per omissione di atti d'ufficio;

- *Libera scelta del Legale, Perito ed Informatore per Foro competente;*

- *Spese di giustizia Penale* ai sensi dell'art. 535, 1° comma del Codice di Procedura Penale;

- *Spese di soccombenza* sino al 100% di quelle liquidate giudizialmente;

- *Spese liquidate a favore della controparte o ad essa eventualmente dovute nel caso di transazione autorizzata dalla Compagnia.*

Art. 15 – Figure da assicurare, calcolo del premio

- l'Ente Contraente;

- il Presidente e gli Assessori;

- i Consiglieri;

- i dipendenti e/o persone ad essi equiparate (L.S.U. – collaboratori a progetto ai sensi dell'art. 61 del D. Lgs. n.° 276/03 nonché collaboratori in collaborazione coordinata e continuativa – ecc.).

La Compagnia rinuncia alla preventiva identificazione delle persone e/o categorie assicurate. Il Contraente tuttavia dichiara che per ogni persona da tenere in garanzia esistono atti e documenti

ufficiali, delibere, ordinanze ed altri strumenti legislativi od aventi forza di legge, che possano comprovare la qualifica di "Assicurato". Detti atti o documenti sono a disposizione della Compagnia per verifiche e controlli anche in assenza di sinistri. Resta inteso che, in caso di sinistro che colpisca le persone equiparate ai dipendenti, alla denuncia dovrà essere allegato il provvedimento che giustifica la qualifica di "Assicurato". Il premio verrà conteggiato sulla base del numero dei soggetti Assicurati e non sarà assoggettato a regolazione.

Art. 16 – Delimitazione dell'assicurazione

La garanzia non comprende:

- a) le controversie derivanti da fatto doloso dell'Assicurato, salvo i casi di assoluzione con sentenza passata in giudicato;
- b) le controversie derivanti da colpa grave dell'Assicurato, salvo i casi di assoluzione con sentenza passata in giudicato;
- c) le controversie inerenti la circolazione di veicoli a motore o natanti soggetti all'assicurazione obbligatoria nel caso in cui il conducente non sia abilitato alla guida del veicolo oppure nel caso di guida sotto influenza di alcool o stupefacenti oppure il veicolo sia usato per una destinazione diversa da quella indicata dal libretto di circolazione;
- d) il pagamento di multe, ammende, sanzioni pecuniarie in genere;
- e) le controversie per le quali sussista conflitto di interessi tra l'Assicurato e l'Ente Contraente;
- f) le vertenze di natura contrattuale nei confronti della Compagnia.

Art. 17 – Inizio e termine della garanzia

La garanzia è prestata per i sinistri denunciati durante il periodo di validità della presente polizza a condizione che l'insorgenza che li ha determinati, sia stata posta in essere non oltre 36 (trentasei) mesi antecedenti la data di decorrenza del presente contratto.

Qualora l'insorgenza che dà origine al sinistro si protragga attraverso più atti successivi, il sinistro stesso si considera avvenuto nel momento in cui è stato posto in essere il primo atto, ovvero quando una delle Parti ha iniziato a violare le norme di legge o quelle regolanti il contratto. La garanzia è operante per le denunce di sinistro presentate alla Compagnia entro 36 (trentasei) mesi dalla cessazione della presente polizza o di altra emessa in sostituzione senza soluzione di continuità, a condizione che l'insorgenza del sinistro che li ha determinati sia stata posta in essere durante il periodo di efficacia contrattuale.

Il limite d'indennizzo per la garanzia postuma non potrà superare il massimale di € 50.000,00 (cinquantamila/00) per l'intero periodo assicurativo.

Art. 18 – Esistenza di assicurazione della Responsabilità Civile

Qualora il Contraente e/o Assicurato abbia in corso assicurazione di Responsabilità Civile relativamente all'attività dichiarata e tale polizza preveda l'assistenza legale ai sensi dell'art. 1917 del Codice Civile, le garanzie prestate con la presente polizza operano:

- ad integrazione di quanto non previsto dalla suddetta assicurazione per spese di resistenza e soccombenza;
- dopo esaurimento di quanto dovuto dalla suddetta assicurazione di Responsabilità Civile.

Art. 19 – Buona fede

La mancata comunicazione da parte del Contraente di circostanze aggravanti il rischio, così come le inesatte od incomplete dichiarazioni rese all'atto della stipulazione della polizza, non comporteranno decadenza dal diritto all'indennizzo né riduzione dello stesso, sempre che tali omissioni od inesattezze siano avvenute in buona fede. La Compagnia ha il diritto di percepire la differenza di premio corrispondente al maggior rischio a decorrere dal momento in cui la circostanza si è verificata, previa trattativa tra le Parti con l'intervento del Broker.

Art. 20 – Rinuncia alla rivalsa

La Compagnia rinuncia, salvo il caso di dolo, ad avvalersi del diritto di surroga derivante dall'art. 1916 del Codice Civile per sinistri dei quali fossero ritenuti responsabili il Contraente, i dipendenti e/o ad essi equiparati del Contraente e gli Amministratori dell'Ente.

Art. 21 – Estensione territoriale

L'assicurazione vale per i sinistri verificatisi nel territorio dello Stato Italiano, della Città del Vaticano della Repubblica di San Marino per quanto riguarda le controversie derivanti da inadempimenti contrattuali, extracontrattuali e penali. L'assicurazione si estende anche alle controversie concernenti la responsabilità di natura extracontrattuale o Penale determinate da fatti verificatisi negli altri Paesi Europei (comunitari ed extra).

SEZIONE D – GESTIONE DEI SINISTRI

Art. 22 – Denuncia dei sinistri, gestione delle vertenze

In caso di sinistro l'Assicurato:

- a) se riceve un atto dal quale può derivare una controversia inerente la garanzia prestata dalla presente polizza, deve denunciare il sinistro alla Compagnia entro 60 (sessanta) giorni dal ricevimento ed unitamente deve fornire:
 - copia dell'eventuale atto da impugnare;
 - una precisa descrizione del fatto che ha originato il sinistro indicando circostanze di tempo e di luogo, i soggetti interessati, le generalità di eventuali testimoni e/o cointeressati;
 - il nominativo dei Legali e dei Periti a cui ha assegnato la causa;
- b) se intende dar corso ad un'azione per tutelare i propri diritti tanto in sede giudiziale che stragiudiziale, prima di inviare il relativo atto od affrontare qualunque spesa, deve ottenere il preventivo benestare della Compagnia, fermo restando a suo carico l'onere d'interruzione dei termini di prescrizione.

A tale scopo l'Assicurato deve:

- denunciare il sinistro alla Compagnia;
- fornire tutta la documentazione utile alla valutazione della controversia;
- indicare il nominativo dei Legali o dei Periti a cui intende assegnare la vertenza.

La Compagnia s'impegna a far pervenire all'Assicurato, entro 90 (novanta) giorni dalla data di denuncia del sinistro, la propria valutazione sulla controversia e sull'opportunità di iniziare la vertenza. La Compagnia può richiedere ulteriore documentazione, in tal caso il termine di 90 (novanta) giorni decorrerà dal ricevimento di detta altra documentazione.

Trascorso il suddetto termine, in mancanza di comunicazione da parte della Compagnia, l'Assicurato potrà dar corso all'azione e richiedere il rimborso delle spese legali e peritali sostenute. Nel caso in cui la Compagnia, nei termini sopra indicati, sconsigli di iniziare l'azione giudiziaria, l'Assicurato può comunque agire per proprio conto e qualora l'esito sia a Lui più favorevole, ha diritto al rimborso delle spese sostenute;

- c) l'Assicurato autorizza la Compagnia ad acquisire, anche direttamente dai professionisti incaricati, ogni utile informazione nonché copia di atti e/o documenti;
- d) l'Assicurato ha il diritto di scegliere un Legale di sua fiducia anche in caso di conflitto d'interessi con la Compagnia o di instaurazione di un procedimento giudiziario. Il diritto si estende alla scelta del perito.

Art. 23 – Liquidazione delle spese ed anticipazione

La Compagnia liquiderà all'Assicurato, in presenza di regolare parcella, le spese legali e peritali sostenute entro il limite del massimale di polizza. E' prevista in garanzia la possibilità di anticipare tali importi in corso di causa a semplice richiesta dell'Assicurato stesso fino ad un massimo di €.10.000,00 (diecimila) per vertenza. Resta fermo per l'Assicurato l'obbligo di restituzione degli eventuali importi anticipati dalla Compagnia nel caso di giudizio penale doloso che si sia concluso con sentenza di condanna definitiva.

Spetta alla Compagnia quanto liquidato all'Assicurato giudizialmente e/o stragiudizialmente per spese, competenze ed onorari, anche in via di surroga secondo il disposto dell'art. 1916 del C .C.

Per quanto riguarda l'esecuzione forzata, la Compagnia tiene indenne l'Assicurato limitatamente alle spese attinenti i primi due tentativi.

Art. 24 – Arbitrato irrituale

Fermo il diritto delle Parti di adire gli organi di ordinaria giurisdizione, qualora insorga una controversia che abbia ad oggetto l'interpretazione, la validità e l'esecuzione del presente contratto, le Parti potranno devolvere la controversia ad un arbitro che provveda secondo equità ed in forma irrituale. L'arbitro sarà nominato su istanza di una delle Parti dal Presidente dell'Ordine degli Avvocati della Circoscrizione del Tribunale dove si trova la sede legale o la residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti risponde della metà delle spese dell'arbitro. Il lodo dovrà essere emanato entro 90 (novanta) giorni dalla nomina dell'arbitro.

Art. 25 – Limiti d'indennizzo

Il massimale di € 25.000,00 (venticinquemila/00) rappresenta il massimo esborso della Compagnia per ciascun sinistro, indipendentemente dal numero di Assicurati coinvolti e dalla durata e stato della controversia. In caso di più sinistri nel corso della medesima annualità assicurativa la Compagnia non rimborserà comunque una somma superiore ad € 250.000,00 (duecentocinquantomila/00).

Art. 26 – Comunicazione sullo stato dei sinistri da parte della Compagnia

La Società si impegna a garantire al Contraente/Assicurato ed al Broker l'accesso all'Ispettorato sinistri per la discussione delle vertenze relative ai danni denunciati e comunque la facilitazione per gli opportuni collegamenti telefonici e via telefax.

La Società, inoltre, si impegna ad inviare la Broker, con cadenza semestrale, una comunicazione scritta

che riporti lo stato dei sinistri denunciati ed aperti con i rispettivi numeri di protocollazione, data di accadimento, tipologia di avvenimento e le seguenti annotazioni:

- sinistro liquidato, con relativo importo;
- sinistro aperto, in corso di verifica;
- sinistro aperto, con comunicazione dell'importo a riserva;
- sinistro chiuso, senza seguito.

SCHEDA SINISTRI

anno	n.°	liquidati €	n.°	riservati €	n.°	senza seguito €
2011	00		00		00	
2012	00		00		00	
2013	00		00		00	
2014	00		00		00	
2015	00		00		00	

ATTUALE ASSICURATORE: " ARAG " - Agenzia di Torino.

**QUOTAZIONE TUTELA LEGALE
IN FAVORE DELLA
UNIONE DEI COMUNI DELLA GALLURA**
risposta della Compagnia

Allegati:

- glossario di terminologia assicurativa;
- elenco delle garanzie richieste;
- descrizione dell'attività svolta – rischio base assicurato;
- Capitolato integrale di assicurazione TUTELA LEGALE

ELEMENTI PER LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO:

numero soggetti assicurati 18 di cui:	Sindaco	1
	Assessori	4
	Consiglieri	10
	Dirigente	1
	P.O.	1
	R.U.P.	1

MASSIMALI RICHIESTI: € 250.000,00 (duecentocinquantamila/00) per anno assicurativo con il limite di € 25.000,00 (venticinquemila/00) per vertenza

La Compagnia d'assicurazione sottoscritta presenta offerta per l'aggiudicazione del Lotto nei seguenti termini:

	PREMIO ANNUO LORDO €
PREMIO ANNUO LORDO in cifre €	
PREMIO ANNUO LORDO in lettere €	

La situazione sinistri è evidenziata nell'ultima pagina del Capitolato

Compagnia _____

Agenzia _____

Telefono _____

Fax _____

e-mail _____

Timbro e firma

NOTE DELLA COMPAGNIA / DIFFORMITA' DAL CAPITOLATO:

Timbro e firma