ALLEGATO A2

ENTE FORESTE DELLA SARDEGNA

CAPITOLATO
INFORTUNI CUMULATIVA

DEFINIZIONI

Nel testo che segue, si intendono:

1) Assicurazione:	il contratto di assicurazione
2) Polizza:	il documento che prova l'assicurazione
3) Contraente:	la persona fisica o giuridica che stipula il contratto di assicurazione
4)Assicurato:	la persona fisica o giuridica il cui interesse è protetto dall'assicurazione
5) Società:	L'impresa assicuratrice delegataria nonchè le imprese coassicuratrici
6) Broker:	la Marsh SpA cui è demandata la gestione della presente polizza
7) Premio:	la somma dovuta dal Contraente alla Società
8) Sinistro:	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione
9) Infortunio:	evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, un'invalidità permanente oppure una inabilità temporanea
10) Indennizzo:	la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro
11) Scoperto/Franchigia:	la parte di danno che rimane a carico dell'Assicurato
12) Rischio:	la probabilità che si verifichi il sinistro
13) Veicolo/Natante:	parco veicoli costituito da natanti/gommoni/veicoli, altri mezzi di trasporto
13) Beneficiario:	il soggetto cui, in caso di morte dell'Assicurato, deve essere pagata la somma garantita

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

ART. 1 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DI RISCHIO
Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonchè la stessa cessazione dell' assicurazione (artt.1892, 1893, 1894 C.C.)

ART. 2 - PROVA DEL CONTRATTO - FORMA DELLE COMUNICAZIONI
La polizza e le sue eventuali modifiche devono essere provate per iscritto.
Tutte le comunicazioni tra le Parti dovranno avvenire a mezzo lettera, raccomandata e non, raccomandata a mano, telex, telegramma, telefax o altro mezzo telematico ed avranno effetto dalla data di invio, quando questa sia rilevabile.

ART.3 – DURATA DEL CONTRATTO
L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del 31/12/2012 e scadrà alle ore 24 del 31/12/2015, senza tacito rinnovo alla scadenza finale. Si conviene che le Parti hanno la facoltà di recedere dal contratto prima di ogni ricorrenza annua con lettera raccomandata da inviarsi con almeno 90 giorni di anticipo rispetto a ciascuna scadenza anniversaria.
La Società si impegna a concedere una proroga temporanea della presente assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche, per un periodo massimo di 90 giorni decorrenti dalla scadenza, finalizzata all'espletamento e/o al completamento delle procedure di gara per l'aggiudicazione della nuova assicurazione, purché la richiesta del Contraente/Assicurato avvenga con un preavviso non inferiore ai 15 giorni.

ART.4 – PAGAMENTO DEL PREMIO
Si precisa che a parziale deroga dell'art. 1901 C.C. il Contraente è tenuto al pagamento della prima rata di premio entro 60 (sessanta) giorni dal ricevimento della polizza, fermo restando l'effetto dell'operatività della copertura, che altrimenti avrà effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.
Se il Contraente non paga i premi per le rate successive l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 60° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento ferme le successive scadenze. (Art.1901 cc).

I premi potranno essere pagati alla Direzione della Società o alla sede dell'Agenzia alla quale è assegnata la polizza, anche per il tramite del Broker incaricato.

Ai sensi dell'art.48 del DPR 602/1937 la Società da atto che:

- l'Assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuata dal Contraente ai sensi del D. M. E. F. del 18 gennaio 2008 n° 40, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'art. 3 del Decreto,
- Il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'art. 72 bis del DPR 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 c.c. nei confronti della Società stessa."

ART. 5 - AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO
Il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio.
Gli aggravamenti di rischio non noti, o non accettati dalla Società, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all' indennizzo, nonchè la stessa cessazione dell' assicurazione (art. 1898 C.C.).

ART.6 - VARIAZIONE DEL RISCHIO, BUONA FEDE
A parziale deroga delle C.G.A., si conviene che l'omissione della dichiarazione da parte dell'Assicurato e/o del Contraente di una circostanza aggravante del rischio, come le incomplete ed inesatte dichiarazione all'atto della stipulazione della polizza e durante il corso della medesima, non pregiudicano il diritto al risarcimento dei danni, sempre che tali omissioni o inesatte dichiarazioni siano avvenute in buona fede e con l'intesa che il Contraente avrà l'obbligo di corrispondere alla Società il maggior premio proporzionale al maggior rischio che ne deriva.

ART. 7 - DEROGA DENUNCIA ALTRE ASSICURAZIONI
In deroga a quanto disposto dalle C.G.A. , il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le altre eventuali assicurazioni che i singoli Assicurati avessero in corso o stipulassero in proprio con altre Società.

ART. 8 - DIMINUZIONE DEL RISCHIO
Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente o dell'Assicurato ai sensi dell'art. 1897 del C.C. e rinuncia al relativo diritto di recesso.

ART. 9 - RECESSO IN CASO DI SINISTRO
Dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell' indennizzo, le Parti possono recedere dall' assicurazione con preavviso di 120 giorni. Nel caso di recesso intimato dalla Società, questa, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell' imposta, relativa al periodo di rischio non corso.

ART. 10 - ONERI FISCALI
Gli oneri fiscali relativi all' assicurazione , sono a carico del Contraente.

ART. 11 - FORO COMPETENTE
Foro competente è il luogo dove ha sede il Contraente.

ART. 12 - ESTENSIONE TERRITORIALE
L' assicurazione vale in tutto il mondo. L' inabilità temporanea, al di fuori dell' Europa
o degli Stati extraeuropei del Mediterraneo, è indennizzabile limitatamente al periodo di ricovero ospedaliero; tale limitazione cessa dalle ore 24 del giorno di rientro in Europa o negli Stati sopra menzionati.

ART. 13 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE
Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

ART. 14 – INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO

In caso di dubbio, le clausole contenute nel presente capitolato nonchè le norme in esso richiamate e/o comunque applicabili saranno interpretate sempre in senso più favorevole al Contraente/Assicurato.

ART.15 - DIRITTO DI SURROGAZIONE
La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 C.C. verso i Terzi responsabili dell'infortunio.

ART. 16 DISCIPLINA DELL'APPALTO
Costituiscono parte integrante e sostanziale della presente polizza, ancorchè non allegati: Capitolato d'appalto, offerta economica, bando di gara, lettera di invito, dichiarazioni a corredo dell'offerta.

ART. 17 CLAUSOLA BROKER
Il Contraente incarica la Marsh della gestione ed esecuzione della presente polizza per tutta la durata, proroghe, rinnovi e/o sostituzioni, in qualità di broker ai sensi dell'art.109 comma 2 lettera b), del D.Lgs. 07/09/2005 n.209.
Pertanto, agli effetti delle condizioni della presente polizza gli Assicuratori danno atto che ogni comunicazione fatta dal Contraente/Assicurato tramite il Broker si intenderà come fatta dal Contraente/Assicurato stesso.

NORME CHE REGOLANO L' ASSICURAZIONE INFORTUNI

ART. 18 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Cat. A) Conducenti dei mezzi dell'Ente
Infortuni subiti da conducenti e dalle persone di cui sia autorizzato il trasporto durante il viaggio, la forzata sosta e la ripresa della marcia per tutti i mezzi di trasporto di proprietà o in uso all'Ente. Sono compresi in garanzia anche la salita e la discesa dai mezzi di trasporto.
Poichè la presente assicurazione è stipulata dalla 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.
La presente polizza è rivolta alla copertura di lesioni o decesso del conducente addetto alla guida e delle persone di cui sia stato autorizzato il trasporto per i rischi non compresi nell'assicurazione obbligatoria di terzi.

La garanzia si intende prestata sulla base dei seguenti capitali assicurati:

SOMME ASSICURATE	
Morte:	Euro 155.000,00
Invalidità permanente:	Euro 155.000,00
Rimborso spese mediche	Euro 7.500,00

Cat. B) Dirigenti in misione
La garanzia deve intendersi prestata in ottemperanza agli obblighi di legge derivanti al Contraente, di garantire i dirigenti per gli infortuni subiti durante lo svolgimento della missone o adempimenti di servizio fuori ufficio, qualora sia autorizzato l'utilizzo di mezzi di trasporto, purché non intestati al PRA a nome del Contraente, limitatamente al tempo necessario per l'esecuzione delle prestazioni relative.
L'assicurazione garantisce anche gli infortuni alle persone di cui sia stato autorizzato il trasporto.
La copertura inizia dall'effettivo inizio del viaggio, indipendentemente se esso avvenga dall'abitazione (anche occasionale) dell'Assicurato stesso o dalla sede di lavoro; la copertura termina al ritorno dell'Assicurato ad una delle predette sedi di partenza.
Poichè la presente assicurazione è stipulata dalla 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.
La presente polizza è rivolta alla copertura di lesioni o decesso del conducente addetto alla guida e delle persone di cui sia stato autorizzato il trasporto per i rischi non compresi nell'assicurazione obbligatoria di terzi (ex legge 990) .

La garanzia si intende prestata sulla base dei seguenti capitali assicurati:

SOMME ASSICURATE

Morte:	Euro 155.000,00
Invalidità permanente:	Euro 155.000,00
Rimborso spese mediche	Euro 7.500,00

ART. 19 - ESCLUSIONI
Sono esclusi dall' assicurazione gli infortuni derivanti:

a) dalla guida di veicoli e natanti a motore, se l' assicurato è privo della prescritta abilitazione;

b) dall' uso, anche come passeggero, di aeromobili (compresi deltaplani ed ultra leggeri);

c) dalla pratica del paracadutismo, del parapendio e degli sport aerei in genere;

d) da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall' uso di stupefacenti o allucinogeni;

e) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;

f) da delitti dolosi compiuti o tentati dall' Assicurato;

g) da guerre o insurrezioni;

h) da movimenti tellurici, inondazioni o eruzioni vulcaniche;

i) da trasformazioni o assestamenti energetici dell' atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).

l) da infarti e da ernie di qualsiasi tipo.

ART. 20 – LIMITE DI ETA'
L' assicurazione vale per le persone di età non superiore ai 70 anni.
Tuttavia , per le persone che raggiungono tale età in corso di contratto, l' assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa al compimento di detto termine, senza che in contrario possa essere opposto l' eventuale incasso di premi scaduti dopo il compimento dell' età suddetta, premi che in tal caso verranno restituiti al Contraente.

ART. 21 - PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici.
Di conseguenza l' assicurazione cessa al manifestarsi di tali affezioni.

RT. 22 - CRITERI DI INDENNIZZABILITA'
La Società corrisponde l' indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell' infortunio. Se, al momento dell' infortunio, l' Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

ART. 23 - MORTE
L' indennizzo per il caso di morte è dovuto se la morte stessa si verifica - anche se successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno dell' infortunio.
Tale indennizzo viene liquidato ai beneficiari designati o, in difetto di designazione , agli eredi dell' assicurato in parti uguali.
L' indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente, ma se entro 2 anni dal giorno dell' infortunio ed in conseguenza di questo, l' Assicurato muore, gli eredi dell' Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso, mentre i beneficiari hanno diritto soltanto alla differenza tra l' indennizzo per morte - se superiore - e quello già pagato per invalidità permanente.

ART. 24 - INVALIDITA' PERMANENTE
L'indennizzo per il caso di invalidità permanente è dovuto se l'invalidità stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno dell'infortunio.
L'indennizzo per invalidità permanente parziale è calcolato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, in proporzione al grado d'invalidità accertata secondo i criteri e le percentuali indicate nella tabella di cui all'allegato 1 del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge.
Nei confronti delle persone affette da mancinismo, le percentuali di invalidità previste per l'arto superiore destro e la mano destra, varranno per l'arto superiore sinistro e la mano sinistra e viceversa.

Se la lesione comporta una minorazione, anzichè la perdita totale, le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.
Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella di cui sopra, l'indennizzo è stabilito in riferimento alle percentuali dei casi indicati, tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.
La perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale d'invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna lesione, con il massimo del 100%.

ART.25 - RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO
La Società rimborsa agli assicurati, in caso di infortunio risarcibile a termini di polizza, il costo delle cure mediche sostenute, fino a concorrenza, per ogni evento, dell'importo indicato sulla scheda di rischio:

Per cure mediche si intendono:
- Spese ospedaliere o cliniche;
- Onorari a medici e chirurghi;
- Accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio;

- Spese per il trasporto su ambulanze e/o mezzi speciali di soccorso all'Istituto di cura o all'ambulatorio;
- Spese fisioterapiche in genere e spese farmaceutiche;
- Spese per la prima protesi, escluse comunque le protesi dentarie.

Rimangono espressamente escluse le spese sostenute per operazioni di plastica, salvo quelle rese necessarie per eliminare o contenere il grado di invalidità permanente.
Qualora gli Assicurati fruiscano di altre analoghe prestazioni assicurative (sociali o private), la garanzia vale per l'eventuale eccedenza di spese da questa non rimborsate.

ART. 26 - MODALITA' DI VALUTAZIONE DEL DANNO - CONTROVERSIE
In caso di divergenza sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni, sul grado o durata dell'inabilità temporanea e sulla loro entità, le Parti si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato a decidere, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, a un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici.
Il Collegio medico risiede presso la sede della Contraente.
Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da esso designato, contribuendo per metà alle spese e competenze del terzo medico.
Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale.

ART. 27 - ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI
Poichè la presente assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 C.C.

CONDIZIONI PARTICOLARI

Si precisa che sono considerati infortuni anche:

- asfissia causata da fuga di gas o di vapore;
- soffocamento da ingestione di solidi e/o liquidi;
- avvelenamenti o intossicazioni acuti da ingestione di cibo o altre sostanze;
- intossicazioni anche aventi origine traumatica;
- affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi, escluse per queste ultime quelle di cui gli insetti siano portatori necessari, le punture vegetali, nonché le infezioni tutte conseguenti ad eventi risarcibili a termini di polizza;
- ustioni in genere, nonché il contatto con corrosivi caustici;
- annegamento;
- assideramento o congelamento;
- folgorazione e scariche elettriche in genere;
- colpi di sole o di calore o di freddo;
- lesioni determinate da sforzi con esclusione di infarti ed ernie.

L'assicurazione vale anche per:

- gli infortuni sofferti in stato di malore o incoscienza o conseguenti a vertigini;
- gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- gli infortuni derivanti da influenze termiche ed atmosferiche;
- gli infortuni conseguenti a colpi di sonno.

A) EVENTI SOCIOPOLITICI
L' assicurazione vale anche per gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismo, attentati, atti violenti che abbiano movente politico, economico, sociale e sindacale, purchè l' Assicurato provi di non aver preso parte attiva.

B) CALAMITA' NATURALI
Sono compresi gli infortuni derivanti da calamità naturali e dalle forze della natura quali terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni, straripamenti, mareggiate, frane, grandine e neve.

C) COLPA GRAVE
L'assicurazione vale anche per gli infortuni derivanti da colpa grave dell'Assicurato.

D) ERNIE TRAUMATICHE E DA SFORZO - ERNIE ADDOMINALI
A parziale deroga delle Condizioni Generali di Assicurazione, l'assicurazione è estesa, limitatamente ai casi di invalidità permanente e di inabilità temporanea, quest'ultima sempre che sia prevista dal contratto, alle ernie addominali da sforzo e traumatiche, con l'intesa che:
- qualora sia operabile, viene corrisposta solamente l'indennità per il caso di inabilità temporanea fino ad un massimo di 30 giorni;
- qualora l'ernia, anche bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, viene corrisposta solamente un'indennità non maggiore del 10% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente totale;

- qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio medico di cui alle Condizioni Generali di Assicurazione.

F) LIQUIDAZIONE INVALIDITA' PERMANENTE
Per i casi di Invalidità Permanente conseguenti ad infortunio di grado non inferiore al 60% accertato con i criteri di indennizzabilità previsti dalle Condizioni Particolari di Assicurazione verrà corrisposto un indennizzo pari al 100% del capitale assicurato

H) ANTICIPO INDENNIZZO
Qualora a seguito di infortunio fosse quantificata un'Invalidità Permanente di grado superiore al 20% la Società metterà a disposizione, quale anticipo indennizzo, il 50% dell'importo presumibilmente indennizzabile, con il massimo di euro 51.000,00.

I) REGOLAZIONE PREMIO
Il premio, convenuto in base ad elementi di rischio variabili, viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo e della minore durata del contratto, secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio, fermo il premio minimo stabilito in polizza.
A tale scopo, entro 120 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o della minore durata del contratto, il Contraente/Assicurato deve fornire per iscritto alla Società i dati necessari e cioè l'indicazione degli elementi variabili contemplati in polizza.
Le differenze, attive o passive, risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei 60 giorni dalla presentazione al Contraente/Assicurato della relativa appendice di regolazione formalmente ritenuta corretta, calcolando come indicato nella scheda di rischio alla voce "calcolo del premio".
In caso di mancata comunicazione dei dati di regolazione o di mancato pagamento del premio di conguaglio, la Società fissa un ulteriore termine non inferiore a 30 giorni dandone comunicazione scritta a mezzo lettera raccomandata, le garanzie si intenderanno sospese a decorrere dal trentesimo giorno dalla ricezione della lettera raccomandata.
Per i contratti scaduti, se il Contraente/Assicurato non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società fermo il suo diritto ad agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione. La Società ha il diritto di effettuare in qualsiasi momento verifiche e controlli per i quali il Contraente/Assicurato è tenuto a fornire i chiarimenti e la documentazione necessaria.

L) MORTE PRESUNTA
Nel caso di presentazione di istanza per la dichiarazione di Morte presunta ai sensi dell'art. 60 e 62 del C.C., la Società liquida agli aventi diritto la somma assicurata per il caso di morte, a condizione che:

a) siano trascorsi 180 giorni dalla data in cui risale l'ultima notizia dell'Assicurato;

b) possa ragionevolmente desumersi che la morte è avvenuta per un evento indennizzabile ai sensi di polizza.

Se successivamente l'Assicurato ritorna o ne è provata l'esistenza, la Società può agire anche nei suoi confronti per il recupero di quanto pagato e degli interessi, l'Assicurato potrà tuttavia far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita.

M) DIABETE
L'assicurazione vale anche per le persone affette da diabete, a condizione che l'infortunio non sia conseguenza diretta del diabete ed ogni complicazione riferibile al diabete esclusa.
In caso di infortunio la Società corrisponde l'indennizzo a sensi dell'Art. 23 delle "Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni".

N) UBRIACHEZZA
A parziale rettifica di quanto indicato nell'art. 14 delle "Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni" l'assicurazione vale anche per gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza, esclusi comunque quelli conseguenti ad ubriachezza.

O) ESONERO DALL' OBBLIGO DI DENUNCIA DI INFERMITA' MUTILAZIONI O DIFETTI FISICI
La Contraente è esonerata dalla denuncia di infermità, difetti fisici o mutilazioni di cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire.
In caso di infortunio, resta comunque espressamente confermato il disposto dell'Art. 23 delle "Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni"

P) ESONERO DENUNCIA GENERALITA' DEGLI ASSICURATI
Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per l'identificazione di tali persone si farà riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione del Contraente, che la Società ha il diritto di verificare e controllare in qualsiasi momento, insieme ad ogni altro documento probatorio.

Q) ATTI DI TERRORISMO
A parziale deroga delle Condizioni di Assicurazione, la garanzia è estesa agli infortuni derivanti da atti di terrorismo compiuti tramite armi e/o ordigni di tipo convenzionale.
Non sono compresi in garanzia gli infortuni derivanti da atti terroristici posti in essere tramite l'uso di sostanze nucleari, biologiche, batteriologiche o chimiche, qualunque sia il tipo di arma e/o ordigno e/o congegno utilizzato per portare a termine l'azione. Sono comunque esclusi dalla garanzia tutti gli infortuni derivanti da atti terroristici in cui l'Assicurato vi abbia partecipato in modo volontario.
E' definito atto di terrorismo, una qualsiasi azione violenta fatta col supporto dell'organizzazione di uno o più gruppi di persone (anche se realizzato da una persona singola) diretta ad influenzare qualsiasi governo e/o terrorizzare l'intera popolazione o una parte importante di esse, allo scopo di raggiungere un fine politico o religioso o ideologico o etnico.

NORME CHE REGOLANO I SINISTRI

ART. 1) DENUNCIA DELL'INFORTUNIO E OBBLIGHI RELATIVI
I sinistri debbono essere denunciati per iscritto alla Società entro 30 giorni lavorativi da quando l'ufficio competente del Contraente ne sia venuto a conoscenza.
La denuncia dell' infortunio indicherà luogo, giorno, ora e causa dell' evento e sarà corredata da certificato medico.
Il decorso delle lesioni dovrà essere documentato da ulteriori certificati medici.
L' Assicurato, o in caso di morte, il beneficiario, deve consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari.

ART. 2) LIQUIDAZIONE DELL'INDENNITA'
Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquiderà l'indennità che risulti dovuta, ne darà comunicazione agli interessati e alla Contraente, avuta notizia della loro accettazione, provvederà al pagamento entro 30 giorni dalla sottoscrizione del modulo di liquidazione dalla Società.
Il diritto all'indennità per Invalidità Permanente è di carattere personale, quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato morisse, dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Società pagherà ai beneficiari l'importo liquidato od offerto.
Inoltre, se dopo il pagamento di una indennità per Invalidità Permanente ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo l'Assicurato morisse, la Società corrisponderà ai beneficiari la differenza fra l'indennità pagata ed il capitale assicurato per il caso di Morte ove questa fosse superiore e non chiederà il rimborso nel caso contrario.

ART. 3) OBBLIGHI DELLA SOCIETA' NELLA GESTIONE DEI SINISTRI
La Società annualmente si impegna a fornire al Contraente il dettaglio dei sinistri così suddiviso:
- data di accadimento;
- importo riservato;
- importo liquidato;
- data liquidazione o di chiusura senza seguito
-

Il monitoraggio deve essere fornito progressivamente, cioé in modo continuo ed aggiornato dalla data di accensione della copertura fino a quando non vi sia l'esaurimento di ogni pratica.
La documentazione di cui dopra dovrà essere fornita al Contraente mediante supporto informatico compatibile ed utilizzabile dal Contraente stesso.
Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al contraente di chiedere ed ottenere un aggiornamento con le modalità di cui sopra in date diverse da quelle indicate.

OBBLIGHI INERENTI LA TRACCIABILITÀ DEI FLUSSI FINANZIARI AI SENSI DELLA LEGGE N. 136/2010

a) La Società appaltatrice è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi di tracciabilità previsti dalla legge n. 136/2010 e s.m.i.

b) Nel caso in cui la Società, nei rapporti nascenti con i propri eventuali subappaltatori, subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, abbia notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria di cui all'art. 3 della legge n. 136/2010 ne dà immediata comunicazione alla Stazione Appaltante ed alla Prefettura-ufficio territoriale del Governo della Provincia ove ha sede la Stazione appaltante.

c) L'Amministrazione può verificare, in occasione di ogni pagamento all'appaltatore e con interventi di controllo ulteriori, l'assolvimento da parte dello stesso, dei subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, agli obblighi relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari.
La Società s'impegna a fornire ogni documentazione atta a comprovare il rispetto, da parte propria nonché dei subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, degli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla legge n. 136/2010.

d) Secondo quanto previsto dall'art. 3 comma 9 - *bis* della legge n. 136/2010, il mancato utilizzo del bonifico bancario o postale ovvero degli altri strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni, nelle transazioni finanziarie relative a pagamenti effettuati dagli appaltatori, subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, costituisce causa di risoluzione del contratto ai sensi dell'art. 1456 c.c.. La risoluzione si verifica quando la parte interessata dichiara all'altra che intende valersi della presente clausola risolutiva. La risoluzione, in base all'art. 1458 c.c., non si estende alle obbligazioni della Società derivanti da sinistri verificatisi antecedentemente alla risoluzione del contratto.

LA/LE SOCIETA'

_____