



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CATANZARO

COPERTURA ASSICURATIVA INFORTUNI CUMULATIVA

**CAPITOLATO SPECIALE
LOTTO n. 2**

DEFINIZIONI E OPERATIVITA' DI GARANZIE SPECIFICHE:

Ai fini del presente contratto assicurativo, si conviene che si intende per:

Assicurato: Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

Assicurazione: Il contratto di assicurazione.

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

Broker: per la parte relativa alla ex Azienda Sanitaria n.6 di Lamezia Terme il Broker vigente è l'A.T.I. – Willis Italia S.p.A./RVA Rasini Viganò S.p.A., con Willis Italia S.p.A. che riveste il ruolo di Società Capogruppo; per la parte relativa alla ex Azienda Sanitaria n.7 di Catanzaro il Broker vigente è l'A.T.I. – AON S.p.A./Assidea & Delta, con AON che riveste il ruolo di Società Capogruppo.

Contraente: La persona giuridica che stipula l'assicurazione.

Franchigia: L'importo prestabilito di danno indennizzabile che rimane a carico dell'Assicurato.

Indennizzo/Risarcimento: La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Polizza: Il documento contrattuale che prova l'assicurazione.

Premio: La somma dovuta alla Società.

Rischio: La probabilità del verificarsi del sinistro.

Scoperto: La percentuale prestabilita di danno indennizzabile che resta a carico dell'Assicurato.

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

Società: L'Impresa assicuratrice.

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

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

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

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1 - Prova del contratto

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

Art. 2 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

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

Art. 3 – Decorrenza dell'Assicurazione – Pagamento del Premio

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno della stipula del contratto e sino alle ore 24:00 del 31.12.2013.

Le rate di premio corrisponderanno ai seguenti periodi assicurativi:

- prima rata alla firma: dalle ore 24:00 del giorno della stipula del contratto alle ore 24:00 del 31.12.2011;
- seconda rata: dalle ore 24:00 del 31.12.2011 alle ore 24:00 del 31.12.2012;
- terza rata: dalle ore 24:00 del 31.12.2012 alle ore 24:00 del 31.12.2013.

Il premio di prima rata può essere corrisposto entro i 60 (sessanta) giorni successivi alla data di effetto dell'assicurazione.

Il premio di seconda rata e delle rate di premio successive deve essere pagato entro le ore 24.00 del 60° (sessantesimo) giorno seguente a quello di ognuna delle date di scadenza.

Se il Contraente non paga il premio entro tali termini, l'assicurazione resta sospesa e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive date di scadenza.

Il premio di ciascun periodo assicurativo è sempre dovuto per intero, anche se ne sia stato concesso il frazionamento in più rate e anche quando viene determinato in via provvisoria all'inizio del periodo assicurativo e in via definitiva al termine dello stesso periodo (premio soggetto a regolazione - *Articolo 18*).

Art. 4 - Aggravamento del rischio

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

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

Art. 5 - Diminuzione del rischio

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

Art. 6 - Buona fede

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

Art. 7 - Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società può recedere dall'assicurazione con preavviso di 90 giorni. In tale caso, la Società, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio netto relativa al periodo di rischio non corso.

Art. 8 – Durata del Contratto – Facoltà di recesso ad ogni scadenza

Il contratto di assicurazione ha durata dalle ore 24:00 del giorno della stipula del contratto sino alle ore 24:00 del 31.12.2013 e non è prorogabile automaticamente.

La garanzia ha effetto dalle ore 24:00 del giorno della stipula del contratto. Il premio è frazionato annualmente con scadenze annuali intermedie al 31/12 di ogni anno.

E' comunque facoltà di ognuna delle parti recedere dal contratto alla scadenza di ciascun periodo assicurativo annuo mediante disdetta da inviare a mezzo lettera raccomandata con preavviso di almeno 120 giorni. La scadenza del periodo assicurativo annuo viene stabilita dalle parti al 31/12 di ogni anno.

Al termine della durata di questo contratto, così come in caso di recesso da parte degli Assicuratori nei termini suddetti, su richiesta fatta per iscritto dal Contraente agli Assicuratori almeno 30 giorni prima della scadenza, l'assicurazione potrà essere prorogata per un periodo di altri 120 giorni verso pagamento immediato di un premio aggiuntivo calcolato in 4/12^{esimi} del premio annuale in corso. La proroga non comporta un aumento del limite di indennizzo annuale e dei sottolimiti di indennizzo annuali. Terminato il periodo di proroga, il contratto cessa definitivamente e non potrà essere ulteriormente prorogato se non previo accordo tra le Parti.

Art. 9 - Oneri fiscali

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

Art. 10 - Foro competente

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

Art. 11 - Rinvio alle norme di legge

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

Art. 12 – Coassicurazione e delega

- Valida esclusivamente in caso di coassicurazione ai sensi dell'art. 1911 C.C. e non in caso di A.T.I.

Qualora l'Assicurazione fosse divisa per quote fra diverse Società Coassicuratrici, in caso di sinistro le Società stesse concorreranno nel pagamento dell'indennizzo, liquidato a termini delle Condizioni di Assicurazione in proporzione della quota da esse assicurata, esclusa ogni responsabilità solidale.

Il Contraente dichiara di avere affidato la gestione del presente contratto al Broker incaricato e le Società hanno convenuto di affidare la delega alla Società Delegataria indicata in esso; di conseguenza tutti i rapporti inerenti la presente Assicurazione saranno svolti per conto del Contraente dal Broker incaricato il quale tratterà con la Delegataria.

In particolare, tutte le comunicazioni inerenti il Contratto, ivi comprese quelle relative al recesso o alla disdetta ed alla gestione dei sinistri, si intendono fatte o ricevute dalla Delegataria in nome e per conto di tutte le Società coassicuratrici.

Le Società coassicuratrici riconoscono come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di gestione compiuti dalla Delegataria per conto comune fatta soltanto eccezione per l'incasso dei premi di polizza il cui pagamento verrà effettuato nei confronti di ciascuna Società.

La sottoscritta Società Delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle Coassicuratrici indicate negli atti suddetti (polizza e appendici) a firmarli anche in loro nome e per loro conto.

Pertanto la firma apposta dalla Direzione della Società Delegataria sui Documenti di Assicurazione, li rende ad ogni effetto validi anche per le quote delle Coassicuratrici.

Il dettaglio dei capitali assicurati, dei premi, accessori e imposte, spettanti a ciascuna Coassicuratrice, risulta dall'apposito prospetto allegato alla presente Polizza.

Il rischio viene ripartito tra le seguenti Società secondo le percentuali qui di seguito indicate:

Società	Agenzia	Percentuale di ritenzione

Art. 13 - Assicurazioni presso diversi assicuratori

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

Art. 14 - Clausola Broker

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

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

Tutte le comunicazioni riguardanti la gestione del contratto saranno effettuate a mezzo posta raccomandata, telefax o posta elettronica con avviso di ricevuta e saranno valide anche se fatte al/dal Broker, che viene quindi riconosciuto dalle parti quale mittente e/o destinatario in luogo e per conto delle stesse (ad eccezione della comunicazione di disdetta/recesso del contratto stesso che dovrà essere effettuata esclusivamente dalle parti con lettera raccomandata A.R.).

L'opera del Broker, unico intermediario nei rapporti con le Compagnie di Assicurazione, verrà remunerata dalle Compagnie con le quali verranno stipulati, modificati, e/o prorogati i contratti, con una provvigione del 7% per Willis Italia e riferita alla ex AS 6 e del 4% per AON e riferita all'ex AS 7 sui premi imponibili assicurativi. Tale provvigione, a partire dal secondo anno, potrà essere modificata, su richiesta dell'Ente, qualora a seguito di aggiudicazione di gara broker lo stesso avrà offerto una aliquota diversa. Comunque resta inteso che il tetto massimo non potrà superare il 10%. La remunerazione del Broker non dovrà in ogni caso rappresentare un costo aggiuntivo per il Contraente, e andrà dalla Società assorbita nella componente di costo altrimenti identificata nel premio, per gli oneri di distribuzione e produzione.

Si dà atto che nel caso in cui il Contraente dovesse assegnare il servizio di Brokeraggio ad un diverso Broker come da definizione di polizza, la presente clausola verrà automaticamente volturata dalla Società su richiesta dell'Ente, pertanto le provvigioni del premio alla firma saranno di esclusiva competenza del Broker uscente, mentre le provvigioni relative ai successivi premi saranno di esclusiva competenza del subentrante Broker.

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

Art. 15 – Obblighi dell'Appaltatore relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari

- o La Società assume tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'articolo 3 della legge 13 agosto 2010, n. 136 e successive modifiche al fine di assicurare la tracciabilità dei movimenti finanziari relativi all'appalto;
- o Qualora la Società non assolva agli obblighi previsti dall'art. 3 della Legge n. 136/2010 per la tracciabilità dei flussi finanziari relativi all'appalto, il presente contratto si risolve di diritto ai sensi del comma 8 del medesimo art. 3;
- o Il Contraente verifica in occasione di ogni pagamento all'appaltatore e con interventi di controllo ulteriori l'assolvimento, da parte dello stesso, degli obblighi relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari;
- o L'appaltatore si impegna a dare immediata comunicazione alla stazione appaltante ed alla prefettura-ufficio territoriale del Governo della provincia ove ha sede la Contraente della notizia dell'inadempimento della propria controparte (subappaltatore/subcontraente) agli obblighi di tracciabilità finanziaria.

Art. 16 - Obbligo di fornire i dati dell'andamento del rischio

Con periodicità semestrale, la Società si impegna a fornire al Contraente, entro il termine di trenta giorni dalla scadenza del trimestre interessato, i dati afferenti l'andamento del

rischio. In particolare la Società è tenuta a fornire il rapporto sinistri/premi riferito al trimestre in questione, sia in via aggregata che disaggregata

Art. 17 - Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società

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

Analoga procedura adotta la Società nei confronti del Contraente.

Art. 18 - Elementi per il calcolo del premio

Se il premio viene anticipato, in via provvisoria, per l'importo risultante dal conteggio esposto nel "CONTEGGIO DEL PREMIO DI POLIZZA", lo stesso sarà regolato alla fine del periodo assicurativo annuo, secondo le variazioni intervenute, durante lo stesso periodo, negli elementi presi come base per il calcolo del premio.

A tale scopo, entro 120 giorni dalla fine dell'anno assicurativo, il Contraente deve fornire, per iscritto, i dati necessari per la regolazione del premio alla Società (per il tramite del Broker), che provvederà ad emettere ed a recapitare al Broker la relativa appendice contrattuale.

Le differenze, attive o passive risultanti dalla regolazione, devono essere pagate entro 90 giorni dalla data di ricezione del relativo documento.

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

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

Art. 19 - Efficacia temporale della garanzia

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

Norme che regolano l'assicurazione Infortuni (sezione A)

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

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

Art. 20 - Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione è prestata per gli infortuni che i dipendenti del Contraente e altre categorie (indicate nella "SCHEMA DI POLIZZA") per le quali sussista un obbligo di legge o contrattuale alla copertura da parte della Contraente (per queste ultime, se non diversamente disciplinato, si intenderà applicabile, per analogia, la normativa prevista per i dipendenti), autorizzati a servirsi in occasione di missioni o per adempimenti di servizio fuori ufficio di mezzo di trasporto privato o di mezzo di trasporto di proprietà o in locazione finanziaria all'Ente stesso, subiscano durante il tempo strettamente necessario per l'esecuzione delle prestazioni di servizio.

I rischi di cui alla presente sezione si intendono estesi:

- 1) ai dipendenti e dirigenti espressamente autorizzati (anche attraverso autorizzazione permanente) a svolgere adempimenti di servizio fuori ufficio e/o missioni e che non hanno diritto al rimborso chilometrico;
- 2) alle persone di cui sia stato autorizzato il trasporto da parte del Contraente;
- 3) i componenti degli organi istituzionali del Contraente.

Art. 21 - Rischi inclusi nell'assicurazione

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

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

Sono inoltre compresi i seguenti eventi:

- infortuni sofferti in stato di malore o incoscienza;
- infortuni derivanti da imperizia, imprudenza, negligenza o colpa grave;
- infortuni subiti in occasione di inondazioni, alluvioni, straripamenti, caduta del fulmine, eruzioni vulcaniche ed altri eventi naturali;
- infortuni subiti in occasione di tumulti popolari, atti di terrorismo, scioperi sommosse, sabotaggio, attentati, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva.

Art. 22 - Delimitazione dell'assicurazione - Esclusioni

Sono esclusi dalla presente assicurazione gli infortuni derivanti:

- derivanti da guerra e/o insurrezioni;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche;
- da abuso di psicofarmaci e/o dall'uso non terapeutico di sostanze stupefacenti e/o di allucinogeni;
- da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- da stato di intossicazione acuta alcolica alla guida di qualsiasi veicolo e/o natante;
- da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio.

Art. 23 - Somme assicurate

Le somme assicurate sono quelle indicate nella "SCHEMA DI POLIZZA"

Art. 24 - Assicurabilità

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

L'assicurazione non vale, inoltre, per le persone di età maggiore di 75 anni.

Art. 25 - Limiti territoriali

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

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

Art. 26 - Morte

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

Art. 27 - Invalidità Permanente

Se l'infortunio ha per conseguenza un'Invalidità Permanente e questa si verifica entro due anni dal giorno nel quale è avvenuto, la Società liquida per tale titolo una indennità calcolata sulla somma assicurata per invalidità assoluta, secondo la tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali, (con

esclusione comunque di ogni e qualsiasi invalidità conseguente a malattia professionale) approvata con D.P.R. del 30-06-1965 n. 1124, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista.

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

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

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

Art. 28 - Cumulo di indennità

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

Il diritto all'indennità per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Società paga agli eredi l'importo liquidato od offerto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

Norme che regolano l'assicurazione Infortuni (sezione B)

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

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

Art. 29 - Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione vale, purché il Contraente ne abbia interesse, per gli infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio di tutte le attività professionali principali e secondarie per le tipologie di rischio indicate nella "SCHEMA DI POLIZZA"

Art. 30 - Rischi inclusi nell'assicurazione

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

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

Sono inoltre compresi i seguenti eventi:

- infortuni sofferti in stato di malore o incoscienza;
- infortuni derivanti da imperizia, imprudenza, negligenza o colpa grave;
- infortuni subiti in occasione di inondazioni, alluvioni, straripamenti, caduta del fulmine, eruzioni vulcaniche ed altri eventi naturali;
- infortuni subiti in occasione di tumulti popolari, atti di terrorismo, scioperi sommosse, sabotaggio, attentati, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva.

Art. 31 - Delimitazione dell'assicurazione - Esclusioni

Sono esclusi dalla presente assicurazione gli infortuni derivanti:

- dall'uso e guida di mezzi di locomozione aerei e subacquei;

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

Art. 32 - Categorie e somme assicurate

Le categorie e le somme assicurate sono quelle indicate nella "SCHEDA DI POLIZZA"

Art. 33 - Assicurabilità

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

L'assicurazione non vale, inoltre, per le persone di età maggiore di 75 anni.

Art. 34 - Limiti territoriali

La presente assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 35 - Morte

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

Art. 36 - Invalidità Permanente

Se l'infortunio ha per conseguenza un'Invalidità Permanente e questa si verifica entro due anni dal giorno nel quale è avvenuto, la Società liquida per tale titolo una indennità calcolata sulla somma assicurata per invalidità assoluta, secondo la tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali, (con

esclusione comunque di ogni e qualsiasi invalidità conseguente a malattia professionale) approvata con D.P.R. del 30.06.1965 n. 1124, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista.

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

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

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

Art. 37 - Inabilità Temporanea

Se l'infortunio ha per conseguenza una inabilità dell'Assicurato ad attendere alle sue occupazioni, la Società liquida la diaria assicurata:

- integralmente, per tutto il tempo in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità di attendere alle occupazioni dichiarate;
- parzialmente, per tutto il tempo in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle sue occupazioni, in relazione al grado che egli ha conservato o che è andato riacquistando della sua capacità fisica.

L'indennità per inabilità temporanea che è corrisposta per il periodo della necessaria cura medica, decorre, salvo indicazione diversa riportata nella "SCHEDE DI POLIZZA" dal giorno successivo a quello dell'infortunio regolarmente denunciato o, in caso di ritardo, dal giorno successivo a quello della denuncia e cessa col giorno precedente a quello dell'avvenuta guarigione.

Detta indennità viene corrisposta, salvo indicazione diversa riportata nella "SCHEDE DI POLIZZA" per un periodo massimo di 300 giorni da quello dell'infortunio.

Nel caso che l'Assicurato non abbia inviato successivi certificati medici nel termine prescritto dall'art. 38 (Denuncia dei Sinistri - Obblighi dell'Assicurato) la liquidazione dell'indennizzo viene fatta considerando data di guarigione quella prognosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che la Società possa stabilire una data anteriore.

Art. 38 - Cumulo di indennità

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

Il diritto all'indennità per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Società paga agli eredi l'importo liquidato od offerto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

Norme che regolano la gestione sinistri

Norme comuni sezioni A e sezione B

Art. 39 - Denuncia dei sinistri - Obblighi in caso di sinistro

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

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

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

Art. 40 - Controversie

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

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

Il Collegio Medico risiede presso la sede del Contraente.

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

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

Art. 41 - Liquidazione

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquida l'indennità e/o risarcimento dovuto, ne dà comunicazione agli interessati e, avuta la notizia della loro accettazione, provvede al pagamento. L'indennità viene corrisposta in Italia in valuta corrente.

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

Condizioni particolari

Norme comuni sezioni A e sezione B

Art. 42 - Rinuncia alla rivalsa

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

Art. 43 - Morte presunta

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

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

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

Art. 44 - Ernie traumatiche e da sforzo

A maggior specifica di quanto disposto a tale proposito all'art. 21 e 30 (Rischi inclusi nell'assicurazione), si conviene che l'assicurazione comprende, limitatamente ai casi di Invalidità Permanente e di Inabilità Temporanea, ove prevista, le ernie da causa violenta, con l'intesa che:

- nel caso di ernia addominale operata o operabile viene riconosciuto l'indennizzo per il solo caso di Inabilità Temporanea fino ad un massimo di 30 giorni;
- nel caso di ernia addominale non operabile secondo parere medico, viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 10% (dieci per cento) della somma assicurata;
- qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio medico, di cui all'art. 40 (Controversie).

Art. 45 - Movimenti tellurici

L'assicurazione comprende gli infortuni derivanti da movimenti tellurici.

Art. 46 - Esonero denuncia di infermità e difetti

Fermo restando quanto disposto nei precedenti articoli, si dà atto che il Contraente è esonerato dalla denuncia di difetti, infermità o mutilazioni cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione del contratto o che dovessero in seguito sopravvenire.

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

Art. 47 - Danni estetici

Si conviene che, in caso di infortunio che abbia cagionato un danno di carattere estetico e lo stesso risulti non altrimenti indennizzabile ai termini del presente contratto, la Società riconoscerà il rimborso delle spese mediche sostenute dall'Assicurato per la riduzione del danno fino a concorrenza di Euro 5.200,00.= per evento.

Art. 48 - Rischio in itinere (valida per entrambe le sezioni: A) e B)

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

Art. 49 - Morsi di animali, punture di insetti

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

Art 50 - Cessazione del rapporto di lavoro causato da infortunio

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

Art 51 - Invalidità superiore al 50% pagamento somma assicurata 100%

Qualora in conseguenza di un infortunio risarcibile a termini di polizza l'Assicurato riporti una Invalidità Permanente, clinicamente accertata, di grado superiore al 50%, la somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente verrà liquidata nella misura del 100%.

Art. 52 - Rischio guerra (valida solo per la sezione B)

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

Art. 53 - Esposizione agli elementi (valida solo per la sezione B)

La Società, in occasione di arenamento, naufragio, atterraggio forzato di mezzi di trasporto non esclusi dalle Norme che regolano l'assicurazione infortuni, corrisponderà le somme rispettivamente assicurate per il caso Morte e Invalidità Permanente anche in quei casi in cui gli avvenimenti di cui sopra non siano la causa diretta dell'infortunio ma, in conseguenza della zona, del clima o di altre situazioni concomitanti (es: perdita di orientamento), l'Assicurato si trovi in condizioni tali da subire la morte o lesioni organiche permanenti.

Art. 54 - Rischio volo (valida solo per la sezione B)

L'assicurazione è estesa agli infortuni subiti dall'Assicurato durante i viaggi in aereo turistici o di trasferimento, effettuati in qualità di passeggero (ma non come pilota o altro membro dell'equipaggio) su velivoli ed elicotteri da chiunque eserciti, tranne che:

- da società/aziende di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;
- da aereoclubs.

Agli effetti della presente garanzia, il viaggio aereo si intende iniziato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo e terminato nel momento in cui ne discende.

Art. 55 - Donatori di sangue (valida solo per la sezione B)

L'assicurazione è prestata per tutte le conseguenze delle operazioni connesse al prelievo di sangue (a titolo indicativo ma non limitativo: infezioni in genere, flebiti, periflebiti, ematomi, embolie, collasso cardiaco, anemie cerebrali, nonché per gli infortuni a termini di polizza che colpissero i donatori iscritti all'Ente Contraente od occasionali non iscritti) nell'ambito dei locali in cui si effettuano le dette operazioni e durante il tempo necessario per il trasferimento con tutti i mezzi pubblici o privati, questi ultimi anche se guidati dall'Assicurato, dalla propria abitazione o luogo di lavoro alla località in cui deve essere effettuato il prelievo e viceversa, salvo i donatori occasionali non iscritti per i quali la copertura dei rischi di trasferimento è limitata agli infortuni verificatisi successivamente alla donazione.

La Contraente è esonerata dall'obbligo di denunciare preventivamente sia le generalità dei singoli donatori, sia il giorno e l'ora dei prelievi; per le relative identificazioni sarà fatto riferimento agli appositi registri e schedari che la Contraente si obbliga ad esibire in qualsiasi momento a semplice richiesta della Società e/o di suoi incaricati.

L'assicurazione è estesa sia ai donatori iscritti facenti parte di Associazioni o Sezioni su diretta chiamata del Centro Trasfusionale, sia ai donatori occasionali che si sottopongono al prelievo del sangue presso il Centro Trasfusionale della Contraente.

Art. 56 - Malattie Professionali (valida solo per la sezione B)

La presente assicurazione copre anche le Malattie Professionali; per "Malattie Professionali" si intendono sia le malattie previste come tali dal D.P.R. 30/06/1965 n° 1124 e successive modifiche, sia le malattie contratte nell'esercizio ed a causa delle mansioni attinenti all'attività della Contraente ivi comprese le malattie contratte dal personale che, ai termini del D.P.R. 13/02/1964 n° 185 e successive modifiche, è esposto ai rischi derivanti da radiazioni.

La valutazione dell'Invalidità Permanente da malattia professionale e la liquidazione dei relativi indennizzi saranno effettuati in conformità alle disposizioni contenute nelle leggi anzidette, fermo restando che gli indennizzi saranno liquidati in capitale anziché in rendita.

Art. 57 – Trattamento dei dati

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

SCHEDA POLIZZA, SCOPERTI, FRANCHIGIE e CONTEGGIO DEL PREMIO

RISCHIO ASSICURATO: INFORTUNI CUMULATIVA

CONTRAENTE : Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro
Via Vinicio Cortese, 25 – 88100 CATANZARO (CZ)
P.I. e C.F.: 02865540799

DURATA DEL CONTRATTO: dalle ore 24:00 del giorno della stipula del contratto alle ore 24:00 del 31.12.2013 con esclusione del tacito rinnovo.

CONDIZIONI: Condizioni, norme, definizioni e modalità come da capitolato di polizza.

FRANCHIGIE

	Invaldità Permanente	Inabilità Temporanea
Soggetti Assicurati Art. 2 sezione A	Nessuna	
Soggetti Assicurati Art. 2 sezione B		
Medici Specialisti (ai sensi dell'Art. 29 del DPR 271/2000 e successive modifiche e/o integrazioni)	Nessuna	Decorre del 1° giorno del mese successivo a quello in cui si è verificato l'evento e con una riduzione al 50% per i primi tre mesi, per un periodo massimo di 300 giorni
Medici addetti alla medicina dei servizi (ai sensi dell'Art. 18 del DPR 270/2000 e successive modifiche e/o integrazioni)	Nessuna	L'indennità giornaliera viene corrisposta per un massimo di 300 giorni
Medici continuità assistenziale (ai sensi dell'Art. 58 del DPR 270/2000 e successive modifiche e/o integrazioni)	Nessuna	L'indennità giornaliera viene corrisposta per un massimo di 300 giorni
Medici di emergenza sanitaria territoriale (ai sensi dell'Art. 68 del DPR 270/2000 e successive modifiche e/o integrazioni)	Nessuna	L'indennità giornaliera viene corrisposta per un massimo di 300 giorni
Donatori di sangue (ai sensi dell'Art. 22 del DPR 24/03/71 n°1256 e successive modifiche e/o integrazioni)	Nessuna	L'indennità giornaliera viene corrisposta per un massimo di 300 giorni
Volontari AVO (ai sensi dell'Art. 4 Legge 266/91 e successive modifiche e/o integrazioni) e altri soggetti che operano in Associazioni riconosciute dalla Contraente e che collaborano per la stessa	5 %	
Personale che svolge lavori socialmente utili (ai sensi dell'Art. 25, comma 5, Legge 223 del 23/07/91 e successive modifiche e/o integrazioni)	Nessuna	
Personale che svolge mansioni di Portavalori espressamente incaricato dall'Azienda	Nessuna	

SOMME ASSICURATE PRO CAPITE ESPRESSE IN EURO

	Morte	Invalidità Permanente	Inabilità Temporanea
Soggetti Assicurati Art. 2 sezione A	260.000,00	350.000,00	
Soggetti Assicurati Art. 2 sezione B			
Medici Specialisti (ai sensi dell'Art. 29 del DPR 271/2000 e successive modifiche e/o integrazioni)	1.050.000,00	1.050.000,00	155,00
Medici addetti alla medicina dei servizi (ai sensi dell'Art. 18 del DPR 270/2000 e successive modifiche e/o integrazioni)	775.000,00	775.000,00	52,00
Medici continuità assistenziale (ai sensi dell'Art.58 del DPR 270/2000 e successive modifiche e/o integrazioni)	775.000,00	775.000,00	52,00
Medici di emergenza sanitaria territoriale (ai sensi dell'Art.68 del DPR 270/2000 e successive modifiche e/o integrazioni)	775.000,00	775.000,00	52,00
Donatori di sangue (ai sensi dell'Art.22 del DPR 24/03/71 n°1256 e successive modifiche e/o integrazioni)	775.000,00	775.000,00	52,00
Volontari AVO (ai sensi dell'Art.4 Legge 266/91 e successive modifiche e/o integrazioni) e altri soggetti che operano in Associazioni riconosciute dalla Contraente e che collaborano per la stessa	250.000,00	250.000,00	
Personale che svolge lavori socialmente utili (ai sensi dell'Art.25, comma 5, Legge 223 del 23/07/91 e successive modifiche e/o integrazioni)	100.000,00	100.000,00	
Personale che svolge mansioni di Portavalori, espressamente incaricato dall'Azienda	500.000,00	500.000,00	

CONTEGGIO DEL PREMIO DI POLIZZA – DATI COMPLESSIVI

SEZIONI	Dati complessivi	Aliquota promille	Premio imponibile
SEZIONE A			
chilometri effettuati con mezzi di proprietà dei dipendenti e/o familiari degli stessi	Km. 1.250.000	x _____	_____
numero mezzi dell'Ente	n. 115	x _____	_____
SEZIONE B			
Medici Specialisti (soggetti)	n. 60	x _____	_____

Medici addetti alla medicina dei servizi (soggetti)	n. 10	x	_____	_____

Medici continuità assistenziale (soggetti)	n. 100	x	_____	_____
Medici emergenza sanitaria territoriale (soggetti)	n. 60	x	_____	_____
Donatori di sangue (donazioni)	n. 4500	x	_____	_____
Volontari AVO e altri soggetti che operano in Associazioni riconosciute dalla Contraente e che collaborano per la stessa	n. 50	x	_____	_____
Personale che svolge mansioni di Portavalori, espressamente incaricato dall'Azienda	n. 50	x	_____	_____
Totale premio imponibile			euro	..
Imposte			euro	..
Totale premio lordo			euro	..

Le precedenti PAGINE NON DEVONO ESSERE COMPILATE IN SEDE DI OFFERTA

ALLEGATO 1
FAC-SIMILE – MODULO OFFERTA ECONOMICA
da produrre in carte legale o resa legale

Oggetto: Offerta ECONOMICA relativa alla procedura per l'affidamento del servizio di assicurazione per il LOTTO N. 2: INFORTUNI CUMULATIVA

Il sottoscritto _____
nato a _____ il _____ e residente a _____
in via _____
n. _____ in qualità di _____ * della Ditta/Società _____
_____ avente sede in _____ cap. _____ via _____
n. _____ tel. n. _____
C.F. e P.IVA _____

DICHIARA

In nome e per conto della suddetta Ditta/Società quanto segue:

La Ditta/Società _____ concorre alla gara in oggetto con la seguente offerta giudicata remunerativa e, quindi, vincolante a tutti gli effetti di legge:

SEZIONI	Dati complessivi	Aliquota promille	Premio imponibile
SEZIONE A			
chilometri effettuati con mezzi di proprietà dei dipendenti e/o familiari degli stessi	Km. 1.250.000	x _____	_____
numero mezzi dell'Ente	n. 115	x _____	_____
SEZIONE B			
Medici Specialisti (soggetti)	n. 60	x _____	_____
Medici addetti alla medicina dei servizi (soggetti)	n. 10	x _____	_____
Medici continuità assistenziale (soggetti/postazioni)	n. 100 (soggetti)	x _____	_____
Medici emergenza sanitaria territoriale (soggetti)	n. 60	x _____	_____
Donatori di sangue (donazioni)	n. 4500	x _____	_____
Volontari AVO e altri soggetti che operano in Associazioni riconosciute dalla Contraente e che collaborano per la stessa	n. 50	x _____	_____

Personale che svolge mansioni di Portavalori, espressamente incaricato dall'Azienda	n. 50	x	_____	_____
---	-------	---	-------	-------

Totale premio imponibile		euro	..
Imposte		euro	..
Totale premio lordo		euro	..

Totale premio annuo lordo (IN LETTERE) euro _____

- il premio TOTALE offerto, espresso in cifre e in lettere, al netto delle imposte è il seguente:

Totale premio annuo imponibile (IN CIFRE) euro _____

Totale premio annuo imponibile (IN LETTERE) euro _____

In caso di aggiudicazione la sottoscritta Ditta/Società _____ si impegna ad eseguire il deposito cauzionale definitivo nella seguente forma _____

Luogo _____ data _____ firma _____
(titolare, rappresentante legale, procuratore, ecc.)

ALLEGATO 2
FAC-SIMILE – MODULO OFFERTA TECNICA

Oggetto: Offerta TECNICA relativa alla procedura per l'affidamento del servizio di assicurazione per il LOTTO N. 2: INFORTUNI CUMULATIVA

Il sottoscritto _____
nato a _____ il _____ e
residente a _____
in via _____ n. _____ in qualità di
_____ * della Ditta/Società _____
avente sede in _____ cap. _____ via _____ tel.
n. _____ C.F. e P.IVA _____

DICHIARA

In nome e per conto della suddetta Ditta/Società quanto segue:

la disponibilità della predetta Compagnia ad assumere la copertura assicurativa alle seguenti condizioni normative:

☐ Accogliendo senza varianti quanto riportato dal Capitolato di polizza

Oppure:

☐ Apportando al Capitolato di polizza le varianti previste dal Disciplinare di gara e di seguito specificate e/o di cui al/i n. ____ foglio/i allegato/i, sottoscritto/i

.....
.....
.....
.....

Luogo _____

data _____ firma _____
(titolare, rappresentante legale, procuratore, ecc.)