PORTO CONTE RICERCHE S.r.l.

Capo Caccia km. 8,400 Loc. Tramariglio
07041 – Alghero (SS)

Porto Conte Ricerche
Parco scientifico e tecnologico della Sardegna

LOTTO III
Capitolato di Polizza di Assicurazione Cumulativa Infortuni

GBSAPRI 1951
BROKER DI ASSICURAZIONI

Sede Legale: Via Nomentana, 183 - 00161 – Roma - **pec:** gbsapri@legalmail.it

Definizioni comuni

ANNUALITA' ASSICURATIVA O PERIODO ASSICURATIVO	Il periodo compreso tra la data di effetto e la data di prima scadenza annuale, o tra due date di scadenza annuale tra loro successive, o tra l'ultima data di scadenza annuale e la data di cessazione della assicurazione;
ASSICURATO	Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione e pertanto: il Contraente, il legale rappresentante, gli Amministratori, i Dirigenti, i Funzionari, i Quadri, i dipendenti, prestatori di lavoro, le persone addette anche in via occasionale o provvisoria all'esercizio e al funzionamento dei servizi nonché tutti coloro che partecipano alle attività svolte dall'Assicurato.
ASSICURAZIONE	Il contratto di assicurazione.
ATTIVITA'	Società a capitale pubblico (fondata nel 1995 e controllata totalmente da Sardegna Ricerche che svolge attività di ricerca e sviluppo, trasferimento tecnologico e formazione nei settori delle tecnologie alimentari e biotecnologie applicate, in particolare all'ambiente, all'industria e alla cura della salute; gestisce la sede locale del Parco tecnologico sardo. Inoltre, la società mette a disposizione laboratori, piattaforme tecnologiche ed il know-how tecnico-scientifico del proprio staff allo scopo di creare relazioni e programmi comuni tra sistema della ricerca e sistema imprenditoriale, per attività di ricerca e sviluppo, analisi, sperimentazione, assistenza nella progettazione e redazione di programmi di ricerca, consulenza, ospitalità. .
BROKER	La GBSAPRI S.p.A. (in seguito detta Broker).
CONTRAENTE	La persona giuridica che stipula l'assicurazione.
FRANCHIGIA	Parte di danno indennizzabile che rimane a carico dell'Assicurato.
INDENNIZZO/ RISARCIMENTO	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro
SOMMA ASSICURATA	L'importo convenuto nel presente capitolato che, salvo eventuali sottolimiti, per sinistro/anno, rappresenta la massima esposizione della Società.
POLIZZA/ CAPITOLATO	Il documento contrattuale che prova l'assicurazione.
PREMIO	La somma dovuta alla Società.
PROSPETTO DI OFFERTA ECONOMICA LOTTO III	La scheda dove vengono richiamati gli elementi identificativi del contratto che costituisce parte integrante del presente capitolato.
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.

SOCIETA'	L'Impresa assicuratrice nonché le eventuali Coassicuratrici.

La Società

…….

Il Contraente

……

Definizioni di settore

INFORTUNIO	Evento dovuto a causa violenta, fortuita ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.
INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO	Diminuzione o perdita definitiva ed irrimediabile della capacità dell'Assicurato a svolgere un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione esercitata, intervenuta a seguito di infortunio.
INGESSATURA	Mezzo di contenzione costituito da fasce gessate o altri apparecchi comunque immobilizzanti ed applicati in istituti di cura o ambulatori medici.
ISTITUTI DI CURA	Ospedali, cliniche, case di cura, pubblici o privati, autorizzati a termini di legge al ricovero dei malati/infortunati.
MALATTIA	Per malattia si intende ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.
MEZZO DI TRASPORTO	Qualsiasi veicolo
RICOVERO	Degenza in istituto di cura che comporti il pernottamento o la degenza diurna (Day Hospital) di almeno 6 ore continuative.

La Società

…….

Il Contraente

……

Art. 1 - Norme che regolano il contratto di assicurazione in generale

Art. 1.1 - Prova del contratto

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

Art. 1.2 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 Codice Civile.
Nell'ipotesi di cui all'art. 1893, comma 1, del codice civile, in assenza di dolo o colpa grave, il diritto di recesso della Società potrà avvenire, fermo restando l'obbligo della dichiarazione da farsi al Contraente nei tre mesi successivi al giorno in cui la Società ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, secondo la procedura di cui agli artt.1.4 (Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali) e 1.5 (Clausola di recesso) e con decorrenza del termine di cui al comma 2 del citato art 1.4 (Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali) dalla ricezione della citata dichiarazione.
A parziale deroga dell'art. 1898 del c.c., comma 2 e seguenti, nel caso di aggravamento di rischio, il Contraente ha l'obbligo di comunicare le variazioni secondo quanto stabilito all'art. 1.3 "Variazione del rischio" e la Società si impegnerà, prima di esercitare un eventuale recesso nei termini di cui al successivo art. 1.5 "Clausola di recesso", ad attivare la procedura preventiva per la revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali, secondo quanto stabilito dal presente capitolato.
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.
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 non siano frutto di dolo o colpa grave.

Art. 1.3 – Variazione del rischio

Per variazione del rischio si intende qualsiasi modifica che determini una diversa probabilità di verificarsi di un sinistro ovvero una variazione delle sue conseguenze, non previste o non prevedibili, al momento della stipula del contratto. Non comportano variazioni di rischio i mutamenti meramente episodici e transitori.
Qualsiasi elemento intervenuto successivamente all'aggiudicazione del contratto, che comporti una variazione del rischio deve essere comunicato immediatamente, ovvero entro quindici giorni dall'intervenuta conoscenza, per iscritto alla Società.
Il Contraente non è tenuto a comunicare per iscritto le variazioni del rischio derivanti da sopravvenienze normative ovvero da modifiche degli orientamenti giurisprudenziali.

Art. 1.4 – Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali

1. Per i contratti di durata pluriennale, qualora la Società intenda chiedere la revisione del prezzo, sei mesi prima della scadenza dell'annualità, sulla base dei dati a disposizione da comunicare al Contraente, la Società può segnalare al Contraente il verificarsi delle ipotesi di modifiche del rischio previsti all'Art. 1.3 (Variazione del rischio) e richiedere motivatamente, ai sensi dell'art.106 del d.lgs. 50/2016, la revisione dei premi o delle condizioni contrattuali attinenti alle franchigie, agli scoperti o ai massimali previsti in polizza.

2. Il Contraente, entro 15 giorni, a seguito della relativa istruttoria e tenuto conto delle richieste formulate, decide in ordine alle stesse, formulando la propria controproposta di revisione.
3. In caso di accordo tra le parti, si provvede alla modifica del contratto a decorrere dalla nuova annualità.

Art. 1.5 – Clausola di Recesso

1. In caso di mancato accordo ai sensi dell'art. 1.4 (Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali) tra le parti, la Società può recedere dal contratto di assicurazione. Il recesso decorre dalla scadenza dell'annualità.
2. La facoltà di recesso si esercita entro 30 (trenta) giorni dalla proposta di cui al comma 1 dell'art. 1.4 (Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali), presentata dalla Società, ovvero, nei casi di cui al comma 2 del medesimo articolo, entro trenta giorni dalla ricezione della controproposta della Società.
3. Qualora alla data di effetto del recesso il Contraente non sia riuscito ad affidare il nuovo contratto di assicurazione, a semplice richiesta di quest'ultima, la Società s'impegna a prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni, normative ed economiche, in vigore per un periodo massimo di 90 (novanta) giorni. Il Contraente contestualmente provvede a corrispondere l'integrazione del premio calcolato in pro-rata temporis nei modi e nei termini di cui all'art. 1.6 "Pagamento del premio e decorrenza della garanzia".
4. Il recesso non produce effetto in caso di mancata produzione dei dati di cui all'art 1.16 (**Obbligo di fornire i dati dell'andamento del rischio**) riferiti fino al mese antecedente a quello di esercizio del recesso.

.

Art. 1.6 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

A parziale deroga dell'art. 1901 Codice Civile, le parti, anche ai sensi e per gli effetti del D.Lgs 192/2012 convengono espressamente che:

- il Contraente è tenuto al pagamento della prima rata di premio entro 60 giorni dalla data di ricezione del contratto da parte del broker. In mancanza di pagamento, la garanzia rimane sospesa dalla fine di tale periodo e riprende vigore alle ore 24.00 del giorno in cui viene pagato il premio di perfezionamento.
- se il Contraente non paga il premio per le rate successive la garanzia resta sospesa dalle ore 24.00 del 60° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore alle ore 24.00 del giorno in cui viene pagato quanto dovuto, ferme restando le scadenze contrattualmente stabilite.
- i termini di cui al comma precedente si applicano anche in occasione del perfezionamento di documenti emessi dalla Società, a modifica e variazione del rischio, che comportino il versamento di premi aggiuntivi.

Conseguentemente la Società rinuncia alle azioni di cui al citato D.Lgs 192/2012 per i suindicati periodi di comporto.
Qualora ai sensi del Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze 18 gennaio 2008, n. 40 così come integrato dall'art. 1 della Legge 26 aprile 2012 n. 44 (c.d. "Decreto Fiscale 2012") e smei il riscossore riscontrasse un inadempimento a carico della Società ed il Contraente fosse impossibilitato a provvedere al pagamento parziale o totale della polizza sino alla definizione del provvedimento, le garanzie resteranno comunque operanti ed i termini di cui sopra per il pagamento del premio decorreranno dalla data in cui la Società di Riscossione comunicherà al Contraente la revoca del provvedimento.

Art. 1.7 - Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società o il Contraente possono recedere dall'assicurazione con preavviso di 90 giorni mediante lettera raccomandata o PEC. 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.

Qualora la Società si avvalesse di tale facoltà, la stessa dovrà produrre, pena l'invalidità del recesso stesso, anche il dettaglio dei sinistri con le modalità stabilite al successivo Art. 1.16 - Obbligo di fornire i dati dell'andamento del rischio.
Non è ammesso il recesso della Società dalla garanzia di singoli rischi o parti dell'assicurazione, salvo esplicita accettazione da parte dell'Assicurato e conseguente riduzione del premio.

Art. 1.8 - Durata del contratto

Il contratto di assicurazione ha la durata indicata nel Prospetto di offerta economica Lotto III e non è previsto il tacito rinnovo.

Art. 1.9 – Cessazione anticipata del contratto

E' data facoltà alle parti di disdettare la polizza al termine di ciascuna annualità assicurativa, mediante lettera raccomandata da inviare alla controparte con almeno 90 giorni di preavviso rispetto alla scadenza dell'annualità. Nell'ipotesi in cui una delle parti si avvalga della disdetta anticipata, è facoltà del Contraente di richiedere, entro i 30 giorni precedenti la scadenza dell'annualità assicurativa, una proroga della durata fino a un massimo di tre mesi. In tal caso la Società avrà il diritto di percepire il rateo di premio relativo alla durata della proroga, da computarsi in pro-rata temporis rispetto al premio annuale in corso.

Art. 1.10 - Oneri fiscali

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

Art. 1.11 - Foro competente

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

Art. 1.12 - Rinvio alle norme di legge

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

Art. 1.13 - Coassicurazione e delega

Nel caso in cui il contratto di assicurazione sia aggiudicato in Coassicurazione o in raggruppamento temporaneo di imprese, costituitosi in termini di legge, si deroga al disposto dell'art. 1911 c.c., essendo tutte le Società sottoscrittrici responsabili in solido nei confronti del Contraente.
Tutte le comunicazioni relative al presente contratto si intendono fatte o ricevute dalla Società Delegataria, all'uopo designata dalle Società Coassicuratrici, in nome e per conto di tutte le Società Coassicuratrici. La firma apposta dalla Società Delegataria rende l'atto valido ad ogni effetto, anche per la parte delle medesime.
La Delegataria è altresì incaricata dalle altre Coassicuratrici per la gestione, esecuzione del contratto e l'esazione dei premi o degli importi comunque dovuti dal Contraente in dipendenza del contratto, contro rilascio dei relativi atti di quietanza. Il broker provvederà alla rimessa del premio direttamente ed unicamente nei confronti della Società Delegataria, la quale provvederà, secondo gli accordi presi, alla rimessa nei confronti delle Coassicuratrici delle quote di premio ad esse spettanti.

Art. 1.14 - Assicurazione presso diversi assicuratori

Il Contraente e gli Assicurati sono esonerati dall'obbligo di denunciare alla Società eventuali altre polizze da loro stipulate per i medesimi rischi.
Il presente contratto di assicurazione, si intende stipulato indipendentemente ed in aggiunta alle eventuali assicurazioni obbligatorie previste per gli infortuni sul lavoro dalle leggi vigenti o da eventuali future.

Art. 1.15 - Clausola broker

Ad ogni effetto di legge, le Parti contraenti riconoscono al Broker il ruolo di cui al D. Lgs. N. 209/2005, relativamente alla conclusione ed alla gestione della presente assicurazione e per tutto il tempo della durata, incluse proroghe, rinnovi, riforme o sostituzioni.
In conseguenza di quanto sopra si conviene espressamente:

- che il Broker, nell'ambito della normativa richiamata, sia responsabile della rispondenza formale e giuridica dei documenti contrattuali nonché della legittimità della sottoscrizione degli stessi da parte della Società;
- di riconoscere che tutte le comunicazioni che, per legge o per contratto, il Contraente/Assicurato è tenuto a fare alla Società, si intendono valide ed efficaci anche se notificate al Broker;
- che il pagamento dei premi dovuti alla Società, per qualsiasi motivo relativo alla presente assicurazione, venga effettuato dal Contraente al Broker. Il pagamento così effettuato ha effetto liberatorio per il Contraente ai sensi dell'art. 1901 C.C. La Società delegataria o ogni eventuale Società coassicuratrice, delegano quindi esplicitamente il broker all'incasso del premio, in ottemperanza al comma 2 dell'art. 118 Dlgs 209/2005 e con gli effetti per il Contraente previsti al primo comma del medesimo articolo;
- che le somme incassate dal broker vengano da questi rimesse alla Società secondo gli accordi vigenti o, in mancanza, entro il giorno dieci del mese successivo a quello di incasso. All'uopo il broker trasmetterà alla Società distinta contabile riepilogativa della disposizione effettuata. Il presente comma è efficace qualora broker e Società non abbiano convenuto diversa regolamentazione dei rapporti.
- che le variazioni alla presente assicurazione richieste dal Contraente al broker, in forma scritta, siano immediatamente efficaci quando accettate dalla Società. Qualora le stesse comportino il versamento di un premio aggiuntivo, i termini di effetto sono subordinati alla disciplina dell'art. 1.6 "Pagamento del premio e decorrenza della garanzia";
- che l'opera del Broker, unico intermediario nei rapporti con le Compagnie di Assicurazione, verrà remunerata dalle Compagnie con le quali verranno stipulati, modificati, e/o prorogati i contratti nella misura del 10% (dieci per cento). La remunerazione del Broker non dovrà in ogni caso rappresentare un costo aggiuntivo per il Contraente, e andrà dalla Società assorbita nella componente di costo altrimenti identificata nel premio, per gli oneri di distribuzione e produzione.
- che la gestione dei sinistri, fino a che non diventino vertenze legali, venga curata per conto del Contraente/Assicurato dal Broker;
- che il broker ha ottemperato agli obblighi assicurativi di Legge di cui all'art. 112, comma 3 del Dlgs 209/2005 e si impegna a produrre copia della vigente polizza a semplice richiesta scritta della/e Società in qualunque momento del rapporto.

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

Art. 1.16 - Obbligo di fornire i dati dell'andamento del rischio

1. Entro tre mesi dalla scadenza di ogni annualità e in ogni caso sei mesi prima della scadenza contrattuale, entro i 30 giorni solari successivi, la Società, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di riservatezza dei dati personali, si impegna a fornire al Contraente l'evidenza dei sinistri denunciati a partire dalla data di decorrenza del contratto. Tale elenco dovrà essere fornito in formato Excel sia tramite file modificabili, sia tramite file non modificabili, e dovrà riportare per ciascun sinistro:
- il Contraente di Polizza;
- il numero del sinistro attribuito dalla Società;
- il numero di polizza;
- la data di accadimento dell'evento;
- il periodo di riferimento;
- la data della denuncia;

- l'indicazione dello stato del sinistro secondo la seguente classificazione e con i dettagli di seguito indicati:
a) sinistro agli atti, senza seguito;
b) sinistro liquidato, in data _____ con liquidazione pari a € _____; gli importi indicati dovranno essere al lordo di eventuali scoperti/franchigie
c) sinistro aperto, in corso di verifica con relativo importo stimato pari a €_____.]:
2. la Società si impegna a fornire ogni altra informazione disponibile, relativa al contratto assicurativo in essere che il Contraente, d'intesa con la Società, ritenga utile acquisire nel corso della vigenza del contratto. Al riguardo il Contraente deve fornire adeguata motivazione.
3. La Società, per gli adempimenti relativi alle informazioni da fornirsi successivamente alla data di scadenza del contratto, dovrà fornire, a semplice richiesta da parte del broker ed entro e non oltre 30 giorni solari dal ricevimento della stessa, le informazioni di cui al comma1.

Art. 1.17 - Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società

Eccezion fatta per il recesso a seguito di sinistro o la cessazione anticipata del contratto, che dovranno essere trasmesse direttamente alla parte interessata e per copia conoscenza al broker, tutte le comunicazioni, alle quali il Contraente è tenuto, devono essere fatte con lettera raccomandata/PEC e/o fax e/o telegramma e/o e-mail indirizzati al Broker.
Analoga procedura adotta la Società nei confronti del Contraente.

Art. 1.18 - Elementi per il calcolo del premio

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

Art. 1.19 - Regolazione e conguaglio del premio

Il premio viene anticipato, in via provvisoria, per l'importo risultante dal conteggio esposto nel Prospetto di offerta economica Lotto III e lo stesso sarà regolato alla fine del periodo assicurativo annuo o minor periodo assicurativo, secondo le variazioni intervenute, durante lo stesso periodo, negli elementi presi come base per il calcolo del premio.
A tale scopo, entro 90 giorni dalla fine dell'anno assicurativo o minor periodo, 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, risultanti dalla regolazione, devono essere pagate entro 60 giorni dalla data di ricezione da parte del broker del relativo documento, ritenuto corretto. La Società rinuncia espressamente alle azioni di cui al D.Lgs 192/2012 per il citato periodo di comporto.
Se nel termine 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 deve fissargli mediante atto formale di messa in mora un ulteriore termine non inferiore a 60 giorni, dandone comunicazione al medesimo a mezzo lettera raccomandata, trascorso il quale la garanzia resterà sospesa, fermo l'obbligo del Contraente di adempiere ai suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare con lettera raccomandata la risoluzione del contratto.
Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società, fermo il suo diritto di 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 è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie.
Resta convenuto che il premio indicato nel Prospetto di offerta economica Lotto III deve intendersi premio minimo comunque acquisito dalla Società.

Art. 1.20 - Efficacia temporale della garanzia

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

Art. 1.21 – Legittimazione

La Società dà e prende atto che, in ottemperanza a quanto previsto dalla Legge, dai CCNL o dai regolamenti del Contraente al riguardo, la presente polizza viene stipulata, a favore degli Assicurati, dal Contraente che adempie agli obblighi previsti dall'assicurazione stessa. Per effetto di quanto precede, la Società riconosce il consenso degli Assicurati stessi sin dalla stipula del contratto anche se non formalmente documentato.

Art. 1.22 – Tracciabilità Flussi Finanziari

Le parti:

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

- Il broker ai sensi e per gli effetti dell'art. 3, comma 7, Legge 136/2010 s.m.i., si impegna a comunicare alla Contraente ogni eventuale variazione relativa ai dati trasmessi.
Il presente contratto, si intenderà risolto di diritto nel caso in cui le transazioni dovessero essere eseguite senza avvalersi di banche o della società Poste italiane S.p.a. ovvero con altri strumenti di pagamento idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni.

L'appaltatore, il subappaltatore o il subcontraente che ha notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria di cui al presente articolo ne da' immediata comunicazione alla stazione appaltante e alla prefettura-ufficio territoriale del Governo della provincia ove ha sede la stazione appaltante o l'amministrazione concedente.

La Società	Il Contraente
…….	……

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

L'eventuale discordanza tra le norme che regolano il contratto di assicurazione in generale, le norme che regolano l'assicurazione in particolare, le condizioni particolari, le norme che regolano la gestione dei sinistri, le disposizioni legislative in materia, i CCNL vigenti e/o ad altre obbligazioni esistenti, le norme del Codice Civile sui contratti di assicurazione, verrà risolta sempre nella maniera più favorevole al Contraente e/o agli Assicurati.

Art. 2.1 - Categorie Assicurate ed Oggetto dell'assicurazione

La garanzia è prestata per gli infortuni subiti dalle seguenti Categorie Assicurate nei termini di cui al CCNL di riferimento e/o ad altre obbligazioni esistenti, anche se cagionati, a parziale deroga dell'articolo 1900 del Codice Civile, da colpa grave dell'Assicurato stesso, del Contraente e/o del Beneficiario.
Si prende atto che qualsiasi variazione dovesse intervenire nei suddetti CCNL od obbligazioni, verranno automaticamente recepite e ritenute in garanzia dalla Società, senza obbligo di comunicazione da parte del Contraente. In caso di aggravamento di rischio, la Società provvederà a richiedere il maggior premio dovuto dal momento in cui la circostanza aggravante si è manifestata.

A)	**Dirigenti/Dipendenti:** l'assicurazione è prestata per tutto il personale dipendente della Contraente appartenente alla categoria Dirigenti/Dipendenti per gli infortuni subiti nello svolgimento di ogni attività professionale.

Art. 2.2 - Rischi inclusi nell'assicurazione

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

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;

Il coma irreversibile è equiparato a morte

Art. 2.3 - Delimitazione dell'assicurazione - Esclusioni

Sono esclusi dalla presente assicurazione gli infortuni derivanti:

1) dall'uso e guida di mezzi di locomozione aerei e subacquei salvo quanto previsto all'art. 4.11 (Rischio volo);
2) dalla pratica di paracadutismo;
3) dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove) a livello professionistico;
4) da pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o di ghiaccio, speleologia, pratica dello sci, bob, rugby, football americano e sport aerei in genere;
5) derivanti da guerra e/o insurrezioni, eruzioni vulcaniche, salvo quanto eventualmente previsto dal presente capitolato;
6) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche;
7) da abuso di psicofarmaci e/o dall'uso non terapeutico di sostanze stupefacenti e/o di allucinogeni;
8) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
9) da stato di ubriachezza alla guida di qualsiasi veicolo e/o natante;
10) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'assicurato è privo della prescritta abilitazione;
11) da contaminazioni chimiche e biologiche dovute ad atti di terrorismo.
12) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio

Art. 2.4 - Somme assicurate

Le Somme Assicurate sono quelle indicate nel Prospetto di offerta economica Lotto III e di seguito riepilogate:

Cat. A) Somme assicurate pro capite

Morte	€ 350.000,00
Invalidità Permanente	€ 400.000,00
Indennità da ricovero	200 gg
Indennità da gessatura	200 gg
Spese sanitarie	€ 10.000,00

Art. 2.5 - Esonero denuncia generalità 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, degli appositi registri e/o degli schedari del Contraente

Art. 2.6 - Assicurabilità

Le garanzie assicurative non valgono per le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, epilessia o dalle seguenti infermità mentali: schizofrenia, sindromi organiche-cerebrali, forme maniaco depressive, stati paranoici; l'assicurazione, altresì, cessa con il manifestarsi di una delle predette condizioni.
L'assicurazione non vale, inoltre, per le persone di età maggiore di 75 anni. Tuttavia, per persone che raggiungano tale età nel corso del contratto di assicurazione, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa al compimento di detto termine, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti, dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso verranno restituiti a richiesta del Contraente.

Art. 2.7 - Limiti territoriali

La presente assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 2.8 - Morte

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

Art. 2.9 - Invalidità Permanente

Se l'infortunio ha per conseguenza una Invalidità Permanente e questa si verifica entro due anni dal giorno nel quale è avvenuto, la Società liquida per tale titolo una indennità calcolata sulla somma assicurata per invalidità assoluta, secondo la tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali, (con esclusione comunque di ogni e qualsiasi invalidità conseguente a malattia professionale) approvata con D.P.R. del 30-06-1965 n. 1124, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista.
Per gli Assicurati mancini, le percentuali di Invalidità Permanente previste dalla precisata tabella per l'arto superiore destro varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa.
La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali di cui alla citata tabella vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.
Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti, le percentuali previste nella predetta tabella sono addizionate fino al massimo del 100% della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente Totale.

Art. 2.10 - Cumulo di indennità

L'indennità per Invalidità Permanente non è cumulabile con quella per Morte. Se dopo il pagamento di una indennità per invalidità permanente, ma entro un due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari designati o, in difetto, agli eredi, la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di Morte, ove questa sia superiore, e non chiede rimborso nel caso contrario.
Il diritto all'indennità per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Società paga agli eredi l'importo liquidato od offerto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

Art. 2.11 – Indennità giornaliera da ricovero / gessatura / convalescenza

In caso di infortunio, indennizzabile a termini di polizza, la Società corrisponde l'indennità assicurata per ciascun giorno di degenza nell'Istituto di Cura, fino ad un massimo di 200 (duecento) giorni per ogni anno assicurativo, su presentazione di cartella clinica o documento sanitario equivalente.
L'indennità viene corrisposta anche nel caso in cui la degenza avvenga in regime di Day Hospital.
La giornata di entrata e quella di uscita dall'Istituto di Cura sono considerate una sola giornata qualunque sia l'ora del ricovero e della dimissione.
Qualora in conseguenza dell'infortunio si stata applicata in Istituto di Cura una gessatura, verrà corrisposta l'indennità giornaliera anche per il tempo trascorso fuori dall'Istituto. L'indennità sarà riconosciuta sino alla rimozione del mezzo di contenzione, ma solo per il periodo prescritto dall'Istituto di Cura. Il periodo massimo indennizzabile, comprensivo di ricovero e gessatura, non potrà superare i 200 (duecento) giorni per ogni anno assicurativo.
Qualora l'infortunio non comporti gessatura, verrà corrisposta a titolo di convalescenza l'indennità giornaliera pattuita, per un periodo non superiore ai giorni di ricovero. La convalescenza deve essere prescritta dai medici curanti e/o dai medici del Pronto Soccorso e documentata con certificazione. Il periodo massimo indennizzabile, comprensivo di ricovero e convalescenza, non potrà superare i 200 (duecento) giorni per ogni anno assicurativo.
In caso di ricovero all'estero, l'indennizzo verrà corrisposto al rientro dell'Assicurato in Italia e in Euro.

La corresponsione dell'indennizzo sarà effettuata a degenza ospedaliera ultimata, previa presentazione alla Società della certificazione definitiva, in originale, indicante il giorno di entrata e di uscita dall'Istituto di Cura.

Art. 2.12 – Rimborso Spese Mediche

In caso di infortunio, indennizzabile a termini di polizza, la Società rimborsa, fino alla concorrenza del massimale annuo assicurato indicato in polizza, le spese di carattere sanitario direttamente conseguenti e sostenute:

(a) durante il ricovero in istituto di cura pubblico o privato le rette di degenza, onorari dei chirurghi e dell'equipe operatoria, materiale di intervento, diritti di sala operatoria, apparecchi terapeutici edendoprotesi applicati durante l'intervento, medicinali; qualora le spese di ricovero siano interamente a carico del Servizio Sanitario Nazionale, la Società – in sostituzione del rimborso – liquida una diaria di Euro 52,00 (cinquantadue/00) per ogni pernottamento e per un massimo di 100 pernottamenti;
(b) per intervento chirurgico anche ambulatoriale;
(c) per visite mediche specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici, acquisto di medicinali;
(d) per applicazioni di apparecchi gessati, bendaggi e docce di immobilizzazione, artroscopia diagnostica ed operativa;
(e) per trattamenti fisioterapici rieducativi e riabilitativi;
(f) per prestazioni medico-infermieristiche, acquisto di medicinali, presidi ortopedici, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari, incluse le carrozzelle ortopediche;
(g) per cure odontoiatriche e protesi dentarie, con il limite per dente di 500,00 (cinquecento/00) Euro, il rimborso della relativa spesa è prevista solo per la prima protesi, sempreché applicata entro un anno dal giorno dell'infortunio; per la perdita totale di un dente (avulsione) verrà corrisposto l'1% della invalidità permanente;
(h) per interventi di chirurgia plastica ricostruttiva volti ad eliminare danni estetici conseguenti all'infortunio denunciato;
(i) per cure termali, prescritte dal medico, effettuate nei 90 (novanta) giorni successivi all'infortunio denunciato;
(j) per trasporto dell'Assicurato effettuato con l'ambulanza dal luogo dell'infortunio all'istituto di cura o di pronto soccorso.

Il rimborso viene effettuato dalla Società a guarigione clinica ultimata, previa presentazione alla Società, in originale, dei documenti giustificativi, debitamente quietanzati (notule del medico, ricevute del farmacista, ricevute dell'Istituto di Cura, ecc.).
A richiesta dell'Assicurato la Società restituisce i predetti originali, previa apposizione della data di liquidazione.
Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, distinte e ricevute per ottenere il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto a termini della presente garanzia su presentazione di copia della certificazione delle spese effettivamente sostenute al netto di quanto a carico dei predetti terzi.
Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi vengono eseguiti in Italia al cambio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano Cambi.

Art. 2.13 - Franchigie

Le garanzie della presente polizza sono prestate con l'applicazione delle seguenti franchigie:

Cat. A)
Invalidità Permanente: Nessuna
Indennità da ricovero: Nessuna
Spese sanitarie: Nessuna

La Società Il Contraente

…… ……

Art. 3 - Norme che regolano la gestione sinistri

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

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

Art. 3.2 - Controversie

In caso di divergenze sulla natura e sulle conseguenze delle lesioni, sul grado di invalidità permanente o sul grado o durata della inabilità temporanea, l'Assicurato e la Società, si obbligano a conferire mandato, con scrittura privata, ad un Collegio di tre medici di decidere a norma e nei limiti delle Condizioni di polizza. Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge.
La proposta di convocare il Collegio Medico deve partire dall'Assicurato o dagli aventi diritto e deve essere fatta per iscritto con l'indicazione del nome del medico designato, dopo di che la Società comunica all'Assicurato il nome del medico che essa a sua volta designa. Il terzo medico viene scelto dalle Parti sopra una terna di medici proposta dai primi due; in caso di disaccordo lo designa il Segretario dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio Medico. Nominato il terzo medico, la Società convoca il Collegio invitando l'Assicurato a presentarsi.
Il Collegio Medico risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza/domicilio dell'Assicurato.
Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico.
La decisione del Collegio Medico è obbligatoria per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

Art. 3.3 - Liquidazione

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquida l'indennità e/o risarcimento dovuto, ne dà comunicazione agli interessati e, avuta la notizia della loro accettazione, provvede al pagamento. L'indennità viene corrisposta in Italia in valuta corrente.
Il pagamento dovrà avvenire entro 30 giorni dalla restituzione degli atti di liquidazione firmati.
Trascorso il termine di cui sopra senza che la Società provveda alla liquidazione del danno, sulle somme da liquidare saranno dovuti interessi moratori nella misura del 10%.

La Società Il Contraente

…… ……

Art. 4 - Condizioni particolari

Art. 4.1 - Rinuncia alla rivalsa

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

Art. 4.2 - Morte presunta

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato, e si presuma sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà ai beneficiari il capitale previsto per il caso Morte. La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termine degli artt. 60 e 62 Codice Civile.
Resta inteso che, se dopo che la Società ha pagato l'indennità, risulterà che l'Assicurato è vivo, la Società avrà diritto alla restituzione della somma pagata.
A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'Invalidità Permanente eventualmente subita.

Art. 4.3 - Ernie traumatiche e da sforzo

A specificazione di quanto disposto a tale proposito all'art. 2.2 (Rischi inclusi nell'assicurazione), si conviene che l'assicurazione comprende, limitatamente ai casi di Invalidità Permanente e di Inabilità Temporanea, ove prevista, le ernie, 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 4% (quattro 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. 3.2 (Controversie).

Art. 4.4 - Movimenti tellurici

L'assicurazione comprende gli infortuni derivanti da movimenti tellurici; Rimane inteso che in nessun caso la Società liquiderà per sinistro e per anno assicurativo somma superiore ad €. 2.500.000,00.

Art. 4.5 - Rischio guerra

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

Art. 4.6 - Esonero denuncia di infermità e difetti

Fermo restando quanto disposto dall'Art. 2 Norme che regolano l'assicurazione in particolare, 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. 4.7 - Rischio in itinere

La garanzia è altresì operante per il "rischio in itinere" e cioè per gli infortuni che si verifichino a causa e/o in occasione di tutti i trasferimenti, con qualsiasi mezzo di locomozione ed anche a piedi da e per l'abitazione, anche occasionale, dell'Assicurato ed il suo normale luogo di lavoro o qualsiasi altro luogo, ove l'Assicurato si rechi a svolgere la propria attività, mansione o incarico per conto del Contraente.

Art. 4.8 - Morsi di animali, punture di insetti

Resta convenuto tra le parti che sono considerati infortuni le lesioni causate da infezioni acute obbiettivamente accertate, avvelenamenti e le alterazioni patologiche che derivassero direttamente da punture di insetti e/o morsi di animali (compresi gli aracnidi) con esclusione della malaria, del carbonchio e malattie tropicali.
Sono altresì comprese in garanzia le ustioni causate da animali e/o vegetali in genere, nonché le infezioni (comprese quelle tetaniche) conseguenti ad infortuni risarcibili a termine di Capitolato

Art 4.9 - 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 4.10 – Esposizione agli elementi

La Società, in occasione di arenamento, naufragio, atterraggio forzato di mezzi di trasporto non esclusi dall'Art. 2 "Norme che regolano l'assicurazione in particolare", 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 4.11 – Rischio volo

L'assicurazione è estesa agli infortuni subiti dall'Assicurato durante i viaggi aerei, 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.
Nel caso in cui la presente polizza sia cumulativa, la somma delle garanzie da questa previste non potrà superare, complessivamente per aeromobile, i capitali di:
- Euro 3.000.000,00= per il caso di morte;
- Euro 3.000.000,00= per il caso di invalidità permanente.

Art 4.12 – 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 2.500,00= per evento.

Art 4.13 - Liquidazione invalidità 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 del presente capitolato verrà corrisposto un indennizzo pari al 100% del capitale assicurato.

Art 4.14 – Malattie professionali

L'assicurazione è estesa alle malattie professionali che siano insorte nel corso della validità del presente contratto, intendendosi come tali quelle attualmente previste nella tabella n° 4 del D.P.R. 30.06.1965 n° 1124, e successive modifiche ed integrazioni, sia le malattie contratte nell'esercizio ed a causa delle mansioni attinenti l'attività del Contraente ivi comprese le malattie contratte dal personale che, ai termini del DPR 13/02/1964 n. 185 e s.m., 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 4.15– Limite Massimo di Indennizzo

Nel caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più Assicurati, l'esborso a carico della Società non potrà superare la somma complessiva di € 10.000.000,00 (diecimilioni).

Art 4.16 – Trasporto dell'Assicurato

Qualora l'Assicurato venga ritenuto non curabile nell'ambito della organizzazione ospedaliera del luogo ove è avvenuto l'infortunio, la Società rimborsa fino alla concorrenza di Euro 5.000,00 le spese di trasferimento con il mezzo più idoneo al centro ospedaliero attrezzato per la cura dell'Assicurato più vicino alla sua residenza.
Qualora il decesso dell'Assicurato avvenga in una località diversa da quella della sede di lavoro o della residenza dell'Assicurato, la Società rimborserà fino alla concorrenza di Euro 5.000,00 le spese necessarie per il trasporto della salma fino alla residenza dell'Assicurato.

La Società	Il Contraente
……..	……

Disposizione finale

Il presente capitolato, già sottoscritto in ogni sua pagina dalla Società aggiudicataria in sede di presentazione dell'offerta, dopo il decreto di aggiudicazione del Contraente assumerà, in caso di eventuale richiesta di esecuzione anticipata del servizio ai sensi dell'art. 32 comma 8 del D.Lgs 50/2016 e s.m.i., a tutti gli effetti la validità di contratto anche per quanto riguarda le norme contenute, il prezzo, le scadenze, la decorrenza della garanzia assicurativa. Quanto innanzi nelle more del decorso del termine di cui al successivo comma 9 e fatto salvo quanto ivi previsto.
Si conviene fra le parti che contrattualmente si intendono operanti solo le norme dattiloscritte presenti nel capitolato tecnico, che annullano e sostituiscono integralmente tutte le condizioni richiamate e riportate sulla modulistica utilizzata dalla Società. Saranno ammesse solo le modifiche espressamente indicate in sede di offerta.
La firma apposta dal Contraente su tale modulistica vale solo quale presa d'atto della durata contrattuale, del numero assegnato al contratto, del conteggio del premio e del trattamento dei dati personali.
Ad aggiudicazione avvenuta, il Contraente, per tramite del broker, dà notizia immediata alla Società che ha vinto la gara.
La Società aggiudicataria inserirà l'eventuale riparto delle Coassicuratrici che sarà allegato al Capitolato all'atto della firma del Legale Rappresentante del Contraente.

La Società	Il Contraente
…….	……

Dichiarazione

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

Art. 1.2 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio;

Art. 1.3 – Variazioni del rischio

Art. 1.6 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia;

Art. 1.7 - Recesso in caso di sinistro;

Art. 1.8 - Durata del contratto;

Art. 1.9 – Cessazione anticipata del contratto;

Art. 1.11 - Foro competente;

Art. 1.14 - Assicurazione presso diversi assicuratori;

Art. 1.15 - Clausola Broker.

Art. 1.19 – Regolazione e conguaglio del premio;

Art. 1.22 - Tracciabilità Flussi Finanziari

La Società	Il Contraente
…….	……