



CITTÀ DI ORTONA

Medaglia d'oro al Valor Civile

Provincia di Chieti

SETTORE

Affari generali e Servizi Demografici

19 giugno 2013

Prot. n. 000000000

Spett. le _____

OGGETTO: Procedura mediante cottimo fiduciario per l'affidamento.

Vista la determinazione dirigenziale n. del con la quale è stata indetta procedura di acquisto in economia ai sensi dell'art. 125 del D. Lgs. 163/2006 e del D.P.R. n. 207/2010, Codesta impresa è invitata a far pervenire la propria migliore offerta per la fornitura dei servizi assicurativi relativi ai seguenti lotti:

- Lotto 1 – Polizza Infortuni Amministratori ed altre categorie;
- Lotto 2 – Polizza Infortuni Alunni scuole elementari, materne ed asilo nido;
- Lotto 3 – Polizza RC Patrimoniale dell'Ente.

Il prezzo a base di gara, in lotti separati, è così fissato:

Lotto	Importo annuale lordo a base d'asta	Importo complessivo lordo a base d'asta	CIG
1 – Polizza Infortuni Amministratori ed altre categorie;	€ 2.000,00=	€ 4.000,00=	Z0B0A61221
2 – Polizza Infortuni alunni	€ 8.000,00=	€ 16.000,00=	Z2F0A62E76
3 – Polizza Rc Patrimoniale	€ 9.000,00=	€ 18.000,00=	Z630A62EC0
Importo complessivo servizi	€ 19.000,00=	€ 38.000,00=	

Gli importi sono comprensivi di ogni imposta ed onere fiscale.

La durata contrattuale per i Lotti 1) e 2) è di anni due a decorrere dal 30/06/2013 al 30/06/2015, mentre per il Lotto 3) è di un solo anno. I contratti cesseranno irrevocabilmente alla scadenza dei predetti periodi senza obbligo di disdetta.

Il modulo di offerta (allegato A2) e la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (allegato A1) completi di fotocopia del documento d'identità devono essere restituiti, debitamente sottoscritti, a pena di esclusione, dal legale rappresentante dell'impresa o da un suo procuratore e pervenire al seguente indirizzo: **Via Cavour, 24 66026 ORTONA**, in busta chiusa controfirmata sui lembi, ovvero sigillata, entro e non oltre le ore 18,00 del giorno 27 giugno 2013.

Sull'esterno della busta deve essere evidenziata la seguente dicitura: ” **Cottimo fiduciario per l'affidamento di servizi assicurativi del Comune di Ortona** ”

Tale busta dovrà contenere:

- ✦ **BUSTA A** – recante all'esterno l'indicazione “**BUSTA A – DOCUMENTAZIONE AMMINISTRATIVA**”
- ✦ **BUSTA B** – recante all'esterno l'indicazione “**BUSTA B – OFFERTA ECONOMICA**”

Nella **BUSTA A** le imprese partecipanti devono inserire apposita dichiarazione (da rendersi utilizzando l'allegato A1) nella quale attestano il possesso dei seguenti requisiti soggettivi:

- a) iscrizione alla Camera di Commercio per attività coincidente con quella oggetto del presente appalto o iscrizione equivalente in paesi dell'U.E.;
- b) non trovarsi in alcuna delle posizioni di cui all'art. 38 del D. Lgs. 163/2006 e non essere incorse in quanto previsto dal Regio Decreto 23/5/1924, n. 827, art. 68;
- c) possesso dell'autorizzazione degli organi competenti all'esercizio delle assicurazioni private, con riferimento al ramo oggetto dell'offerta in base al D. Lgs. 209/2005;
- d) di assumere a proprio carico tutti gli oneri assicurativi e previdenziali di legge, di osservare le norme vigenti in materia di sicurezza sugli obblighi di lavoro e di retribuzione dei lavoratori dipendenti, nonché di accettare condizioni contrattuali e penalità.
- e) Il domicilio eventualmente corredato da numero di telefono, nonché di numero fax ed e-mail, ai quali dovranno essere inoltrate tutte le comunicazioni relative alla presente procedura ex art. 2 D. Lgs. n. 53/2010.

La **BUSTA B** dovrà contenere, pena l'esclusione dalla gara, tante buste quanti sono i lotti per i quali l'Impresa intende presentare offerta. Quest'ultime buste dovranno essere debitamente sigillate e l'indicazione del numero del lotto al quale si riferisce l'offerta. L'offerta economica deve essere rese utilizzando il modello A2) allegato alla presente lettera d'invito.

A pena esclusione dalla gara, l' Offerta Economica deve essere sottoscritta con firma leggibile e per esteso dal legale rappresentante della compagnia concorrente o da un suo procuratore, allegando copia fotostatica della carta d'identità del dichiarante e, nel caso di sottoscrizione da parte di un procuratore, della copia fotostatica della procura.

FORMA GIURIDICA DEL RAGGRUPPAMENTO DI PRESTATORI DI SERVIZI

Ferma la copertura del 100% del rischio afferente ogni singolo lotto, si intendono ammesse la coassicurazione ai sensi dell'art. 1911 del Codice Civile e la partecipazione di imprese raggruppate (R.T.I.) o raggruppande, con l'osservanza della disciplina degli artt. 34-37 del D. Lgs. 163/2006 e s.m.i..

Nel caso di coassicurazione, la compagnia aggiudicataria (Delegataria) deve ritenere una quota maggioritaria del rischio, rispetto alle altre singole coassicuratrici, pari ad almeno il 50% in relazione ad ogni singolo lotto per il quale viene presentata offerta, mentre le singole Compagnie Coassicuratrici (Deleganti) dovranno ritenere una quota del rischio pari ad almeno il 25%..

Nel caso di Raggruppamento Temporaneo di Imprese ai sensi degli artt. 34-37 del D. Lgs. 163/2006 e s.m.i. la Compagnia Mandataria dovrà ritenere una quota maggioritaria del rischio, rispetto alle altre singole Mandanti, pari ad almeno il 50% in relazione ad ogni singolo lotto per il quale viene presentata offerta, mentre le singole Mandanti dovranno avere una quota pari ad almeno il 25%.

Resta fermo che il possesso dei requisiti minimi di partecipazione (**di cui al punto 1, lettere a) b) c) e d)**) deve essere dichiarato da ciascuna impresa facente parte della coassicurazione o del raggruppamento e che il ruolo di Delegataria/Mandataria può essere assunto soltanto dalla società invitata alla selezione. Il requisito di cui alla **lettera e)** deve essere dichiarato dalla sola impresa mandataria/delegataria.

In caso di coassicurazione, **a pena di esclusione dalla gara**, dovrà essere conferita al coassicuratore delegatario la delega dalla quale risulti:

- la percentuale di ripartizione del rischio a carico dell'Assicuratore;
- l'impegno dell'Assicuratore a riconoscere validi ed efficaci gli atti di gestione del coassicuratore delegatario;
- l'impegno dell'Assicuratore a riconoscere validi ed efficaci gli obblighi assunti e l'offerta economica formulata dal coassicuratore delegatario;
- l'accettazione delle quote di coassicurazione riservate dalla compagnia delegataria per ciascuno dei lotti per i quali è presentata offerta.

In caso di partecipazione di imprese raggruppate o raggruppande in R.T.I., **a pena di esclusione dalla gara, dovrà essere presentata una dichiarazione dalla quale risulti::**

- le parti del servizio (% di copertura del rischio) che saranno eseguite dalle singole imprese;
- l'indicazione dell'impresa capogruppo;
- l'impegno che, in caso di aggiudicazione della gara, le stesse imprese si conformeranno alla disciplina prevista dall'art. 37 del D. Lgs. 163/2006 e s.m.i..

Le dichiarazioni di cui sopra, relative sia alla partecipazione nella forma di Coassicurazione sia nella forma di Raggruppamento Temporaneo d'Imprese, dovranno essere rese preferibilmente secondo l'Allegato A3) alla presente lettera d'invito.

In caso di R.T.I. l'offerta dovrà, pena l'esclusione dalla gara, essere firmata dai legali rappresentanti o procuratori muniti dei poteri necessari di tutte le imprese raggruppate. Inoltre, dovrà indicare le parti e le percentuali del servizio che saranno svolte dalle singole imprese, nonché la denominazione dell'impresa che assumerà il ruolo di mandataria, e contenere l'impegno che, in caso di aggiudicazione della gara, le stesse imprese si conformeranno alla disciplina prevista dall'art. 37 del D. Lgs. 163/2006 e s.m.i.

Ai sensi del medesimo art. 37 – comma 9 – del D. Lgs. 163/2006 s.m.i., è vietata qualsiasi modificazione della composizione dell'RTI rispetto a quella risultante dall'impegno assunto in sede di presentazione dell'offerta, salvo quanto previsto ai commi 18 e 19 dello stesso articolo.

La presentazione dell'offerta in forma singola o in qualità di coassicuratrice delegante/delegataria o di mandante/mandataria precluderà la presentazione di altre diverse offerte in forma singola ovvero in altro riparto di coassicurazione o associazione per il medesimo lotto. La presentazione da parte della medesima Compagnia di più offerte per uno stesso lotto comporta, pertanto, l'esclusione di tutte tali offerte; l'esclusione opera anche nei confronti delle altre coassicuratrici deleganti/delegatarie e delle mandanti/mandatarie.

ALTRE INFORMAZIONI

L'offerta è immediatamente vincolante per l'impresa, lo sarà per l'Amministrazione solo dopo l'esecutività del provvedimento di aggiudicazione.

L'offerta dovrà avere una validità di 180 giorni dalla sua presentazione. Non sono ammesse offerte alternative, o che comunque risultino difformi rispetto all'oggetto della presente procedura di approvvisionamento.

L'Amministrazione potrà avvalersi della facoltà di non procedere all'aggiudicazione della gara motivandone opportunamente le ragioni.

L'amministrazione si riserva di aggiudicare l'appalto anche in presenza di una sola offerta.

Le imprese partecipanti hanno l'obbligo di dichiarare nell'offerta di assumere a proprio carico tutti gli oneri assicurativi e previdenziali di legge, di osservare le norme vigenti in materia di sicurezza sugli obblighi di lavoro e di retribuzione dei lavoratori dipendenti, nonché di accettare condizioni contrattuali e penali.

Ai sensi di cui alla legge 136/2010 e s.m.i., riguardante la tracciabilità dei flussi finanziari l'impresa aggiudicataria è tenuta a dichiarare:

1. Che in caso di affidamento dell'appalto assumerà gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla legge 136/2010, impegnandosi:
 - ✦ ad utilizzare uno o più conti correnti bancari o postali, accesi presso banche o presso la Società Poste Italiane S.p.A., dedicati alle commesse pubbliche per i movimenti finanziari relativi alla gestione del presente appalto;
 - ✦ a comunicare al Comune di Ortona gli estremi identificativi dei conti correnti di cui al punto precedente, nonché le generalità e il codice fiscale delle persone delegate ad operare su di essi, entro sette giorni dalla loro accensione;
 - ✦ a prevedere nei contratti che saranno sottoscritti con impresa a qualsiasi titolo interessate a servizi oggetto del presente appalto, quali ad esempio suappaltatori/subcontraenti, la clausola con la quale ciascuna di esse assume gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla citata legge, a pena di nullità assoluta dei contratti stessi;
 - ✦ se ha notizia dell'inadempimento agli obblighi di tracciabilità da parte dei suappaltatori/subcontraenti, a risolvere immediatamente il rapporto contrattuale con la controparte informando contestualmente sia al Comune di Ortona, sia la Prefettura – Ufficio territoriale del governo territorialmente competente.
2. Di essere consapevole che hai fini di verificare l'applicazione della norma, l'Amministrazione potrà richiedere all'appaltatore copia dei contratti con i suappaltatori/subcontraenti;
3. Di essere a conoscenza che il Comune di Ortona risolverà il contratto in tutti i casi in cui le transazioni siano eseguite senza avvalersi di banche o della società Poste Italiane S.p.A.

L'impresa aggiudicataria dovrà produrre garanzia definitiva nella misura e nelle forme stabilite dall'art. 113 del D. Lgs. 163/2006.

I concorrenti devono presentare garanzia fideiussoria purché contenga la rinuncia all'eccezione di cui all'art. 1957 comma 2 del codice civile, preveda espressamente la rinuncia al beneficio della preventiva escussione del debitore principale, preveda l'operatività entro 15 giorni, a semplice richiesta della stazione appaltante.

Non verrà accettata altra forma di costituzione della garanzia definitiva.

L'importo della garanzia definitiva è ridotto del 50% nei casi previsti dall'art. 40, comma 7 del D. Lgs. 163/2006. Per fruire di tale beneficio, il concorrente dovrà presentare, pena l'esclusione dalla gara, fotocopia autentica del certificato di sistema di qualità conforme alle norme europee della serie UNI EN ISO 9000 o della dichiarazione della presenza degli elementi significativi e tra loro correlati di tale sistema rilasciati da organismi accreditati ai sensi delle norme europee della serie UNI CEI EN 45000 e della serie UNI CEI EN ISO /IEC 17000, ovvero dovrà accertarne il possesso. In caso di cauzione assicurativa si precisa che le imprese partecipanti alla gara non potranno garantire per sé stesse né essere garantite da società che fra loro si trovano nella situazione di cui all'art. 2359 del Codice civile ma dovranno beneficiare della garanzia di altre imprese assicurative.

L'apertura delle buste contenenti le offerte avverrà il giorno 28/06/2013 a partire dalle ore 10,00 in seduta aperta alle imprese offerenti.

ASSISTENZA DEL BROKER DI ASSICURAZIONI

Per l'effettuazione della presente procedura il Comune di Ortona si avvale della consulenza della AON S.p.A., incaricato dal Contraente della gestione ed esecuzione dei contratti. Il Broker, oltre all'assistenza nell'espletamento della presente gara, affiancherà l'Ente nella successiva gestione completa delle assicurazioni, nonché nell'iter di liquidazione dei sinistri. Si precisa inoltre che, come da prassi nei rapporti di brokeraggio, l'Ente non erogherà al predetto Broker alcun compenso o rimborso spese. Il medesimo sarà remunerato dalla/e Società di assicurazioni aggiudicataria/e ed eventuali coassicuratrici, nella percentuale dell'11% del premio imponibile.

L'Ente appaltante provvederà ad inviare a tutte le Imprese regolarmente invitate, che ne facciano richiesta a questo indirizzo: **a.seccia@comuneortona.ch.it**, la seguente documentazione:

- Situazione sinistri

IL DIRIGENTE
Dott. Giovanni de Marinis



COMUNE DI ORTONA
POLIZZA RC PATRIMONIALE

- LOTTO 1 -

SCHEDA DI COPERTURA

1.	<u>Assicuratori:</u>																
2.	<u>Contraente ed Assicurato:</u> COMUNE DI ORTONA																
3.	<u>Periodo di Assicurazione:</u> Durata del contratto: 3.1 dalle 24.00 ore del 30.06.2013 3.2 alle 24.00 ore del 30.06.2015 Primo periodo: 3.3 dalle 24.00 ore del 30.06.2013 3.4 alle 24.00 ore del 30.06.2014 3.5 rate successive																
4.	4.1 <u>Massimale per ciascun Sinistro:</u> Euro 1.000.000,00 4.2 <u>Massimale aggregato annuo:</u> Euro 3.000.000,00																
5.	<u>Franchigia per sinistro:</u> Euro 5.000,00=																
6.	<u>6. 1 Periodo di efficacia retroattiva:</u> illimitata <u>6. 2 Periodo di efficacia ultrattiva:</u> nessuna																
7.	<u>Clausola Broker:</u> 7.1 Broker: AON SPA																
8.	<u>Data della proposta di contratto:</u>																
9.	<u>Calcolo del premio annuo Granzia Base:</u> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>Categoria</th> <th>Importo Retribuzioni</th> <th>Tasso Lordo %°</th> <th>Premio Annuo Lordo Euro</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Amministratori</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Dipendenti</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Totali</td> <td>€ 3.500.000,00</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Categoria	Importo Retribuzioni	Tasso Lordo %°	Premio Annuo Lordo Euro	Amministratori				Dipendenti				Totali	€ 3.500.000,00		
Categoria	Importo Retribuzioni	Tasso Lordo %°	Premio Annuo Lordo Euro														
Amministratori																	
Dipendenti																	
Totali	€ 3.500.000,00																

Data

Il Contraente

.....

1 DEFINIZIONI

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

- Art.1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio
- Art.2 Periodicità e mezzi di pagamento del Premio
- Art.3 Modifiche dell'Assicurazione

Art.4	Durata del contratto
Art.5	Recesso dal contratto in caso di Sinistro
Art.6	Obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro e modalità per la denuncia dei Sinistri
Art.7	Variazioni del Rischio
Art.8	Gestione delle vertenze di Danno – spese legali
	8.1 – Vertenze di Responsabilità Civile
	8.2 – Vertenze davanti al T.A.R.
Art.9	Coesistenza di altre Assicurazioni
Art.10	Legge applicabile – Giurisdizione - Foro competente - Elezione di domicilio ai fini della notificazione degli atti giudiziari
Art.11	Territorialità e giurisdizione
Art.12	Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società
Art.13	Oneri fiscali
Art.14	Statistiche Sinistri
Art.15	Interpretazione del contratto
Art.16	Clausola Broker
Art.17	Tracciabilità dei flussi finanziari
Art.18	Costituzione e regolazione del Premio
Art.19	Esclusione della responsabilità solidale

A - CONDIZIONI DI GARANZIA

Art. A.1	Oggetto dell'Assicurazione
Art. A.2	Periodo di efficacia dell'Assicurazione
	A.2.1 – Periodo di efficacia retroattiva
	A.2.2 – Periodo di efficacia ultrattiva
Art. A.3	Esclusioni
Art. A.4	Massimali di Assicurazione e Franchigia

B - ESTENSIONI DI GARANZIA

Art. B.1	Attività di rappresentanza
Art. B.2	Estensione D. Lgs. 81/2008
Art. B.3	Ecologia ed ambiente
Art. B.4	Perdite per interruzione o sospensione di attività di Terzi
Art. B.5	Perdite Patrimoniali per attività connesse all'assunzione e gestione del Personale
Art. B.6	Danni patrimoniali e perdite non patrimoniali derivanti dall'attività di cui al D.Lgs. 196/2003
Art. B.7	Vincolo di solidarietà esteso
Art. B.8	Responsabilità civile professionale dei dipendenti tecnici
Art. B.9	Responsabilità civile professionale di cui al D. Lgs. 163/2006 e s.m.i. Dichiarazioni dell'Assicurato

DEFINIZIONI

Ai seguenti termini, le Parti attribuiscono il significato qui precisato:

Assicurazione:	il contratto di assicurazione;
Contraente:	il soggetto che stipula l'Assicurazione;
Assicurato:	il Contraente, soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione;
Società:	l'Impresa Assicuratrice e le eventuali Imprese Coassicuratrici;

Broker:	il broker incaricato dal Contraente della gestione ed esecuzione del contratto, riconosciuto dalla Società;
Polizza:	il documento che prova l'Assicurazione;
Durata della polizza:	il periodo che ha inizio con la data di effetto della polizza e termina con la data di scadenza della polizza;
Premio:	la somma dovuta dal Contraente alla Società;
Rischio	probabilità che si verifichi il sinistro;
Risarcimento	la somma dovuta dalla Società al terzo in caso di Sinistro;
Evento dannoso:	il fatto, l'atto, l'omissione, o il ritardo da cui scaturisce la richiesta di risarcimento;
Sinistro:	il ricevimento di una richiesta di risarcimento per la quale è prestata l'Assicurazione;
Richiesta di risarcimento	<ul style="list-style-type: none"> i. domanda giudiziale di condanna al risarcimento dei danni, anche a seguito di una sentenza definitiva; ii. azione civile di risarcimento danni promossa dalla parte civile nel processo penale nei confronti dell'amministrazione quale civilmente responsabile; iii. qualsiasi richiesta scritta pervenuta all'Assicurato che contenga una richiesta di risarcimento dei danni; <p>Ai fini della presente polizza, le <i>richieste di risarcimento</i> derivanti da un <i>singolo Evento Dannoso</i> saranno considerate alla stregua di un una singola <i>richiesta di risarcimento</i>.</p>
Denuncia di sinistro:	la notifica inviata dall'Assicurato alla Società del verificarsi di un sinistro nei termini e nei modi stabiliti in Polizza;
1.1.1.1.1.1 Danno:	qualsiasi pregiudizio subito da terzi suscettibile di valutazione economica;
1.1.1.1.1.2 Danni Materiali:	il pregiudizio economico subito da terzi conseguente a danneggiamento di cose od animali, lesioni personali, morte;
Danni Erariali:	il danno pubblico subito dall'erario, comprensivo della lesione di interessi pubblici anche non patrimoniali;
Perdite Patrimoniali:	il pregiudizio economico subito da terzi che non sia conseguenza di Danni Materiali;
Indennizzo	la somma dovuta dalla Società in caso di Sinistro;
Massimale:	la massima esposizione della Società per ogni Sinistro e/o anno;

1.1.1.1.3 Responsabilità Civile: la responsabilità che possa gravare sull'Assicurato e che derivi dall'esercizio

1.1.1.1.4 da parte degli Amministratori e dei Dipendenti del Contraente delle funzioni e attività, dichiarate in polizza, ai sensi dell'art. 2043 e s.s. del C.C. e dell'art. 28 della Costituzione, inclusa la responsabilità civile conseguente alla lesione dell'interesse legittimo derivante dall'esercizio dell'attività amministrativa;

Responsabilità Amministrativo – Contabile:

la responsabilità in cui incorrono gli Amministratori ed i Dipendenti che, per inosservanza degli obblighi o doveri derivanti dal proprio mandato o dal proprio rapporto di servizio, abbiano cagionato una Perdita Patrimoniale al proprio Ente di Appartenenza, ad un altro Ente Pubblico o, più in generale, allo Stato o alla Pubblica Amministrazione; per i cosiddetti "agenti contabili" tale responsabilità si estende anche alla gestione di beni, valori o denaro pubblico;

Pubblica Amministrazione:

ogni personalità giuridica (quale a titolo esemplificativo Comuni, Province, Regioni, Comunità Montane/Isolane e simili, C.C.I.A.A., A.R.P.A., A.S.L. o A.U.S.L., Aziende Ospedaliere Pubbliche, Case di Ricovero / IPAB/A.S.P, Farmacie, Università, Aeroporti, Autorità Portuali, Aziende Forestali/Parchi, Enti o Associazioni Varie/Fondazioni, Musei,) la cui attività sia soggetta alla giurisdizione della Corte dei Conti;

Periodo di validità:

la durata dell'assicurazione indicata nel frontespizio di polizza compreso il periodo di efficacia dell'Assicurazione indicato nelle condizioni contrattuali (periodo di efficacia retroattiva ed ultrattiva della garanzia);

Dipendente:

qualsiasi persona che sia stata, che si trova e che sarà alle dirette dipendenze dell' Assicurato e quindi sia a questo collegata da:

- rapporto di impiego, cioè il personale compreso e non compreso nell'assicurazione obbligatoria per gli infortuni sul lavoro -INAIL e non INAIL;
- rapporto di servizio, cioè il personale estraneo al Contraente ma inserito a qualsiasi titolo direttamente o indirettamente nell'apparato organizzativo del Contraente stesso;

Amministratore:

qualsiasi persona che sia stata, che si trova e che sarà collegata all' Assicurato in forza di un mandato e che partecipi alle attività istituzionali dell' Assicurato stesso;

Dipendente Legale:

qualsiasi persona, regolarmente qualificata in legge, abilitata o comunque in regola con le disposizioni di legge ed iscritta

all'Albo Speciale di cui all'art. 3 ultimo comma RD.L. n. 1578 del 27.11.1933 (Legge Professionale Forense) e che svolge le funzioni di avvocato in qualità di dipendente dell'Assicurato;

Dipendente tecnico:

qualsiasi persona, regolarmente abilitata o comunque in regola con le disposizioni di legge per l'affidamento dell'incarico professionale, che si trovi alle dipendenze dell'Assicurato e che predispone e sottoscrive il progetto, dirige e/o segue e sorveglia l'esecuzione dei lavori e/o esegue il collaudo statico dell'opera, nonché il Responsabile Unico del Procedimento, il/i

soggetto/i che svolge/svolgono attività di supporto al responsabile Unico del Procedimento, il verificatore, il validatore e qualsiasi altra persona fisica in rapporto di dipendenza con l'Assicurato che svolga attività tecniche previste dalla normativa in vigore per conto e nell'interesse dell'Amministrazione Pubblica;

Retribuzioni lorde e Compensi

l'ammontare delle remunerazioni, al netto delle ritenute per oneri previdenziali a carico dell'Assicurato e risultanti dai libri paga, corrisposte ai Dipendenti con esclusione di quelli in rapporto di servizio, ed agli Amministratori con esclusione dei Consiglieri.

1.1.2 NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione, ai sensi degli Art. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile Italiano, unicamente in caso di Dolo. Resta 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.

Art. 2 – Periodicità e mezzi di pagamento del Premio

Il Premio è dovuto con periodicità annuale.

Frazionamenti del Premio potranno essere concordati di volta in volta tra l'Assicurato/Contraente e gli Assicuratori e saranno richiamati nella Scheda di Polizza.

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza sempre che il pagamento della prima rata di premio avvenga, in deroga all'art. 1901 Cod. Civ., entro 45 **giorni** dalla sopracitata data.

In caso di pagamento del premio successivamente al trentesimo giorno, l'effetto dell'assicurazione decorrerà dalle ore 24 del giorno del pagamento del premio.

Se il Contraente non paga i Premi o le rate di Premio successive, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 45° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze (art. 1901 C.C.). I premi devono essere pagati alla

direzione della Società o alla sede dell'Agenzia o della Società di brokeraggio alla quale è assegnata la polizza.

Gli unici mezzi di pagamento del Premio consentiti dagli Assicuratori sono i seguenti: bonifici bancari/assegni circolari a favore degli Assicuratori e/o degli intermediari autorizzati espressamente in tale qualità.

Art. 3 - Modifiche dell'assicurazione

Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art. 4 – Durata dell'Assicurazione

La presente Assicurazione ha effetto dalla data indicata al punto 3.1 della Scheda di Copertura e cesserà automaticamente alla data indicata al punto 3.2 della Scheda di Copertura senza obbligo di disdetta.

Si conviene che le Parti, ad ogni scadenza annuale, hanno comunque facoltà di rescindere dal contratto, con preavviso di almeno 60 (sessanta) giorni da inviarsi a mezzo lettera raccomandata.

Art. 5 – Recesso dal Contratto in caso di Sinistro

Dopo ogni sinistro e fino al 60mo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo dovuto, la Società può recedere dal contratto, tramite raccomandata, telex o facsimile, con preavviso di 90 giorni. Entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte del premio, al netto dell'imposta relativa al periodo di rischio non corso.

Anche l'Assicurato può recedere dal contratto nel periodo intercorrente tra ogni denuncia di sinistro ed il sessantesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo dovuto, con le stesse modalità di cui al comma precedente, fermo il diritto al rimborso del premio, al netto dell'imposta relativa al periodo di rischio non corso.

Art. 6 – Obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro e modalità per la denuncia dei Sinistri

In caso di sinistro, il Contraente/Assicurato deve dare avviso scritto, anche a mezzo telefax, alla Società alla quale è assegnata la Polizza oppure al broker indicato in Polizza, entro 30 (trenta) giorni da quando il settore o l'ufficio competente è venuto a conoscenza del verificarsi di una delle condizioni descritte alla definizione di richiesta di risarcimento e/o circostanza.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (articolo 1915 del Codice Civile).

7– Variazioni del rischio

Le parti convengono che le variazioni che comportano diminuzioni o aggravamento del rischio conseguenti a disposizioni di leggi, di regolamenti o di atti amministrativi, non sono soggette alla disciplina degli artt. 1897 e 1898 del Codice Civile, e che pertanto il nuovo rischio rientra automaticamente in garanzia senza modifica del Premio, ad eccezione di quelle modificative della natura dell'Assicurato che comporteranno, a far tempo dalla data dell'intervenuta modifica, la risoluzione di diritto del contratto e la non ripetibilità, neppure parziale, dell'eventuale premio annuo corrisposto.

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

Art. 8 – Gestione delle vertenze di danno – Spese legali

8.1 Vertenze di responsabilità civile

La Società assume fino a quando ne ha interesse la gestione delle vertenze sia in sede stragiudiziale che giudiziale, a nome dell'Assicurato, designando, ove occorra, legali e tecnici ed avvalendosi di tutti i diritti ed azioni spettanti all'Assicurato stesso con l'assenso dell'Assicurato.

Sono a carico della Società le spese sostenute per resistere all'azione promossa contro l'Assicurato, ai sensi dell'art. 1917 c.c., entro il limite di un importo pari al quarto del massimale

stabilito in polizza per il danno cui si riferisce la domanda. Qualora la somma dovuta al danneggiato superi detto massimale, le spese vengono ripartite fra Società e Assicurato in proporzione del rispettivo interesse, fermo restando il limite di un quarto del massimale di cui sopra.

La Società non riconosce spese incontrate dall'Assicurato per i legali o i tecnici che non siano da essa designati e non risponde di multe o ammende. Tuttavia la Società acconsentirà a nominare Legali e Tecnici di fiducia dell'Assicurato su motivata richiesta di quest'ultimo. I costi delle persone così nominate si aggiungono a quelli dei Legali e Tecnici designati dalla Società e sono a carico di quest'ultima nei limiti stabiliti dal presente articolo. La Società, entro 30 giorni dalla comunicazione da parte dell'Assicurato della volontà di avvalersi di propri legali e/o tecnici, dovrà comunicare per iscritto l'eventuale proprio dissenso. Ciò stabilito, la Società deve in ogni caso evitare qualsiasi pregiudizio alla difesa dei diritti dell'Assicurato; pertanto rimborserà le spese incontrate dall'Assicurato per legali o tecnici che non siano da essa designati nel caso che l'Assicurato stesso abbia dovuto direttamente provvedere ai fini di rispettare le scadenze processuali previste.

In caso di definizione transattiva del danno e ferma ogni altra condizione di polizza, l'Assicurato potrà continuare a proprie spese la gestione delle vertenze fino ad esaurimento di ogni grado di giudizio, anche se successivo a quello in cui si trova al momento dell'avvenuta transazione. La Società deve in ogni caso evitare qualsiasi pregiudizio alla difesa dei diritti dell'Assicurato, restando comunque obbligata fino all'importo convenuto in occasione della predetta definizione transattiva.

8.2 Vertenze davanti al T.A.R.

Fermo quanto considerato al punto 8.1), la Società assume fino a quando ne ha interesse la gestione delle vertenze per resistere ad azioni di responsabilità avanti il Giudice amministrativo.

La presente garanzia è operante solo nel caso di effettiva richiesta di risarcimento, sia che la stessa venga formulata nei confronti dell'Assicurato fin dall'apertura del procedimento, sia che **essa** venga successivamente formalizzata. In ogni caso la Società è obbligata per le sole spese afferenti la difesa dell'Assicurato per resistere alla pretesa risarcitoria.

Art. 9 – Coesistenza di altre assicurazioni

Fermi restando i massimali e limiti di polizza, qualora il rischio oggetto della presente assicurazione risulti garantito in tutto od in parte anche da altre Società, essa sarà operante solo ad esaurimento dei massimali previsti dalle altre assicurazioni ovvero per la parte di rischio non coperta dalle medesime.

A questo riguardo l'Assicurato è esonerato dall'obbligo della denuncia preventiva dell'esistenza di altre assicurazioni per i medesimi rischi, fermo l'obbligo di darne comunicazione alla Società in caso di sinistro.

Art. 10 – Legge applicabile – Giurisdizione - Foro competente - Elezione di domicilio ai fini della notificazione degli atti giudiziari

Per quanto non espressamente disciplinato dalla presente Polizza, si fa rinvio alle disposizioni di legge vigenti in materia.

E' convenuto tra le parti che la presente Polizza è regolata da e sarà interpretata esclusivamente in base alla legge italiana.

Ogni controversia derivante da, relativa a e/o connessa alla presente Assicurazione sarà devoluta all'autorità giudiziaria italiana.

Per le eventuali controversie inerenti la presente Polizza è competente in via esclusiva l'Autorità Giudiziaria del luogo ove ha sede il Contraente.

Ai fini della notificazione degli atti giudiziari da parte dell'Assicurato agli Assicuratori ai sensi del presente Certificato, questi ultimi eleggono domicilio presso:

L'elezione di domicilio che precede non pregiudica il diritto degli Assicuratori di eccepire decadenze e/o tardività nella notificazione degli atti.

Art. 11 – Territorialità e giurisdizione

L'assicurazione riguarda gli eventi che si verificano o i cui effetti debbono essere trattati processualmente in Italia, Città del Vaticano, Repubblica di San Marino, nonché nei Paesi afferenti L'Europa geografica.

Tuttavia, per Pubbliche Amministrazioni che svolgono l'attività anche in Paesi diversi da quelli di cui sopra, l'Assicurazione s'intende operante per gli specifici casi, ma limitatamente alle perdite patrimoniali cagionate a terzi secondo i termini della legge italiana ed esclusivamente in relazione ad attività previste e consentite dal loro contratto di lavoro o specifico mandato.

Art. 12 – Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società

Tutte le comunicazioni alle quali l'Ente Contraente è tenuto devono essere fatte con lettera raccomandata (anche a mano) od altro mezzo (telex e simili, nonché a mezzo posta elettronica se certificata) indirizzata alla Società oppure ad Aon S.p.A., broker al quale l'Ente Contraente ha conferito l'incarico per la gestione della polizza.

Art. 13 – Oneri fiscali

Le imposte e tutti i relativi oneri stabiliti per legge, presenti e futuri, relativi al premio, al contratto ed agli atti da esso dipendenti, sono a carico del Contraente.

Art. 14 – Statistiche sinistri

La Società entro 60 giorni dalla scadenza di ogni annualità è tenuta a fornire all'Ente Contraente e al Broker indicato in polizza le statistiche sinistri riservati/liquidati (che evidenzino il numero di sinistro della Società, la controparte, la data del sinistro e della denuncia, gli importi pagati/riservati e lo stato per ciascun sinistro), in formato elettronico.

Nel caso di procedura di gara, gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al Contraente di chiedere ed ottenere un aggiornamento con le modalità di cui sopra in date diverse da quelle indicate.

Art. 15 – Interpretazione del contratto

Resta inteso che, in tutti i casi dubbi, l'interpretazione del contratto sarà quella più favorevole all'Assicurato.

Art. 16 - Clausola broker

L'Amministrazione Comunale di Ortona dichiara di aver affidato la gestione del presente contratto alla società [AON S.p.A.](#), Via Andrea Ponti n. 8/10, 20143 Milano per il tramite dell'ufficio di Pescara, Via Silvio Pellico 28/1 – 65122 Pescara.

Di conseguenza tutti i rapporti inerenti la presente polizza saranno svolti per conto del Contraente dalla società AON S.p.A..

Il Contraente si impegna a comunicare tempestivamente eventuali interruzioni e/o variazioni che potessero intervenire nel rapporto con il Broker incaricato.

Agli effetti dei termini fissati dalle Condizioni di Assicurazione, ogni comunicazione fatta dal Broker, nel nome e per conto dell'Assicurato, alla Compagnia, si intenderà come fatta dall'Assicurato. Parimenti, ogni comunicazione fatta dall'Assicurato al Broker si intenderà come fatta alla Compagnia.

L'opera del broker sarà remunerata, relativamente al presente contratto nella misura provvisoria del 12% da calcolarsi sul premio imponibile.

Art. 17 – Tracciabilità dei flussi finanziari

La compagnia assicurativa ed il Broker assumono gli obblighi di tracciabilità finanziaria di cui alla [Legge n 136/2010](#) con le conseguenze ivi previste.

Art. 18 - Costituzione e Regolazione del Premio

Il premio viene calcolato applicando il tasso lordo al consuntivo retribuzioni e compensi così come precedentemente definite.

Il presente contratto non è soggetto a regolazione essendo il premio calcolato in forma “flat” per tutta la durata dell’assicurazione. A titolo indicativo e senza che ciò possa costituire presunzione di adeguamento del premio di polizza, si segnala che le retribuzioni ed i compensi denunciati all’Inail nell’ultima annualità fiscale, il tasso ed il premio di Polizza si intendono quelli indicati al punto 9. della Scheda di Copertura.

Art. 19 - Esclusione della responsabilità solidale

Resta inteso che la responsabilità di ogni Assicuratore è disgiunta e non solidale con quella degli altri Assicuratori. Ogni Assicuratore è responsabile solo per la quota di rischio che ha assunto. Ogni Assicuratore non è responsabile per la quota di responsabilità assunta da qualsiasi altro Assicuratore.

Nel caso di Sindacato Lloyd’s, ogni membro del Sindacato (e non il Sindacato stesso) è un Assicuratore.

Ogni membro sottoscrive una quota del rischio complessivo che viene specificata in relazione al Sindacato (essendo il rischio complessivo la somma delle quote di rischio sottoscritte da tutti i membri del Sindacato considerati globalmente). La responsabilità di ciascun membro del Sindacato è disgiunta e non solidale. Ogni membro è responsabile solo per la propria quota. Un membro non è responsabile in solido per la quota degli altri membri. Né qualsiasi membro è altrimenti responsabile per qualsiasi obbligazione assunta da ogni altro membro per lo stesso contratto.

1.1.3 A - CONDIZIONI DI GARANZIA

Art. A.1 – Oggetto dell’Assicurazione:

La Società si obbliga a tenere indenne l’Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare a titolo di risarcimento, quale civilmente responsabile a norma di legge per le perdite patrimoniali cagionate a terzi in conseguenza di un evento dannoso di cui l’Ente debba rispondere in relazione allo svolgimento dell’attività dei suoi compiti istituzionali e all’erogazione di servizi propri, delegati, trasferiti, complementari e sussidiari.

L’assicurazione comprende inoltre:

- a) le perdite patrimoniali che l’Assicurato sia tenuto a risarcire per multe e/o ammende, sanzioni amministrative e/o pecuniarie inflitte ai terzi a seguito di errori, anche professionali, dei propri Amministratori in rapporto di mandato, dei Dipendenti in rapporto di impiego e dei Dipendenti in rapporto di servizio a qualunque titolo e comunque utilizzati;
- b) le perdite patrimoniali conseguenti a smarrimento, distruzione o deterioramento di atti, documento o titoli non al portatore purchè non derivanti da incendio, furto o rapina.

Art. A.2 – Periodo di efficacia dell’Assicurazione

A.2.1 Periodo di efficacia retroattiva:

L’assicurazione è operante per le richieste di risarcimento pervenute all’Assicurato e denunciate alla Società durante il periodo di durata della polizza, conseguenti a eventi dannosi verificatisi durante il medesimo periodo ed antecedentemente alla data di stipula del presente contratto per il periodo indicato al punto 6.1 della Scheda di Copertura.

A.2.2 Periodo di efficacia ultrattiva:

L’ Assicurazione è altresì operante per i sinistri denunciati alla Società nel periodo successivo alla cessazione della polizza indicato al punto 6.2 della Scheda di copertura, purché afferenti a comportamenti colposi posti in essere durante il periodo di durata della Assicurazione stessa compreso il periodo retroattivo.

La presente garanzia postuma non avrà alcuna validità nel caso l’Assicurato stipuli durante tale periodo altra copertura assicurativa analoga alla presente a garanzia degli stessi rischi.

Art. A.3- Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione i danni:

- a) verificatisi in relazione a fatti, atti od omissioni derivanti da dolo di Amministratori e Dipendenti, accertato con provvedimento definitivo dell'Autorità competente;
- b) provocati da inquinamento dell'aria, dell'acqua e del suolo;
- c) conseguenti a detenzione ed impiego di sostanze radioattive e comunque connessi con fenomeni di trasmutazioni del nucleo dell'atomo o con radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- d) connessi o conseguenti alla circolazione su strade di uso pubblico o su aree a queste equiparate di veicoli a motore, per i quali sia obbligatoria l'assicurazione in conformità alle norme di cui al D.Lgs. 07/09/2005, n. 209 s.m.i., nonché da navigazione di natanti a motore o da impiego di aeromobili;
- e) connessi o conseguenti a lesioni personali, morte e danneggiamento di cose, salvo quanto disciplinato alla seguente estensione di cui all'Art. B.8;
- f) connessi o conseguenti alla stipulazione e/o mancata stipulazione e/o modifica di assicurazioni nonché al mancato e/o tardivo pagamento dei premi assicurativi;

Sono inoltre escluse dall'Assicurazione:

- 1) le richieste di risarcimento, così come definite dalle definizioni di questa polizza, delle quali l'Assicurato abbia già avuto formale notizia, precedentemente alla data di stipulazione del presente contratto;
- 2) le richieste di risarcimento, così come definite dalle definizioni di questa polizza, antecedenti alla data di effetto del presente contratto, derivante da qualsiasi controversia legale in corso o antecedente alla data di effetto del presente contratto o riferibile direttamente o indirettamente a fatti già dedotti nella stessa controversia. In caso di proroga/rinnovo, con lo stesso assicuratore la presente esclusione ha efficacia dalla data di effetto del contratto prorogato/rinnovato;
- 3) i danni derivanti dalla presenza e per gli effetti, diretti ed indiretti, di sostanze tossiche di qualsiasi tipo, ivi compresi: amianto/asbesto, funghi, muffa, micotossine, spore o qualsiasi vapore di natura biologica;
- 4) i danni materiali direttamente o indirettamente conseguenti all'esercizio della professione medica o paramedica;
- 5) multe, ammende e sanzioni pecuniarie inflitte al Contraente.

Art. A.4 – Massimali di Assicurazione e Franchigia

L'Assicurazione viene prestata fino alla concorrenza dell'importo massimo per sinistro indicato al punto 4.1 della Scheda di Copertura ed in aggregato annuo per l'importo indicato al punto 4.2 della Scheda di Copertura.

I risarcimenti/indennizzi relativi a ciascun sinistro verranno effettuati previa detrazione della franchigia indicata al punto 5. Della Scheda di Copertura.

L'eventuale franchigia dovrà restare a carico dell'Amministrazione Contraente senza che essa possa, sotto pena di decadenza del diritto al risarcimento, farla assicurare da altra Società.

Per i sinistri denunciati alla Società dopo la cessazione del contratto di assicurazione il limite di indennizzo indipendentemente dal numero dei sinistri stessi, non potrà superare il massimale indicato in polizza per sinistro e per aggregato annuo.

B – ESTENSIONI DI ASSICURAZIONE

Art. B.1 – Attività di rappresentanza

L'Assicurazione s'intende estesa alle richieste di risarcimento derivanti da incarichi di carattere collegiale e/o commissariale svolti dagli Amministratori e/o Dipendenti dell' Assicurato in rappresentanza dell'Assicurato stesso in altri organi collegiali.

Art. B.2 Estensione D.Lgs. n. 81/2008

L'assicurazione è altresì operante per le responsabilità poste a carico dell'Assicurato dalla normativa in materia di igiene (rumori, microclima, polveri e fumi, acque e vapore), sicurezza e salute dei lavoratori sui luoghi di lavoro; sono pertanto comprese in garanzia anche le attività svolte dagli Assicurati in funzione di:

1. Datore di Lavoro" e/o "Responsabile del servizio di prevenzione e protezione" e/o altre figure previste dal D.M. 363/1998 ai sensi del D.Lgs. n. 81/2008;
2. "Committente", "Responsabile dei lavori", "Coordinatore per la Progettazione" e/o "Coordinatore per l'esecuzione dei lavori" ai sensi del Decreto Legislativo n. 81/2008, in materia di tutela della salute e della sicurezza sul lavoro.

Quanto sopra in nessun caso dovrà essere considerato un impegno da parte della Società di rispondere direttamente o indirettamente per effetto di un'azione di rivalsa della Responsabilità civile Operai e/o prestatori di lavoro, la quale si intende quindi esplicitamente esclusa dalla presente Assicurazione.

Art. B.3 Ecologia ed ambiente

L'Assicurazione è altresì operante per lo svolgimento delle attività di consulenza e controlli in ambito di ecologia ed ambiente, fonti di inquinamento (emissioni, acque reflue e fanghi, rifiuti, rumore), verde industriale (impatto paesaggistico ed ambientale, aree verdi, giardini, verde anti-rumore). L'Assicurazione è altresì operante per lo svolgimento delle attività di igiene e sanità pubblica, prevenzione medica veterinaria, controllo in materia farmaceutica.

Art. B.4 Perdite per interruzione o sospensione di attività di Terzi

L'Assicurazione di cui alla presente Polizza comprende le Perdite Patrimoniali derivanti da interruzioni o sospensioni totali o parziali di attività industriali, commerciali, artigianali, agricole o di servizi entro il limite dei Massimali indicati all'art. A.4.

Art. B.5 Perdite patrimoniali per attività connesse all'assunzione e gestione del Personale

L'assicurazione comprende le Perdite Patrimoniali per l'attività connessa all'assunzione e gestione del personale.

Per tali perdite, la Società risponderà per ogni singolo sinistro e per anno Assicurativo nei limiti dei Massimali indicati all'art. A.4.

Art. B.6 Danni patrimoniali e perdite non Patrimoniali derivanti dall'attività di cui al D. lgs 196/2003

L'Assicurazione comprende anche le fattispecie di responsabilità civile derivanti al soggetto Assicurato ai sensi delle disposizioni del D.Lgs. n. 196/2003, per eventuali perdite patrimoniali e non patrimoniali cagionate a terzi in conseguenza dell'errato trattamento (raccolta, registrazione, elaborazione, conservazione, utilizzo, comunicazione e diffusione) dei dati personali dei terzi, purché conseguenti a fatti involontari e non derivanti da comportamenti illeciti continuativi.

Art. B.7 Vincolo di solidarietà esteso

In caso di responsabilità solidale dell'Assicurato con altri soggetti, gli Assicuratori risponderanno di quanto dovuto dall'Assicurato, limitatamente alla quota di sua pertinenza fermo il diritto di regresso nei confronti di altri terzi responsabili.

Art. B.8 - Responsabilità civile professionale dei dipendenti tecnici

Fermo quanto previsto dalle precedenti condizioni di polizza si precisa che l'Assicurazione è operante per la Responsabilità civile dell'Assicurato a seguito di qualsiasi richiesta di risarcimento avanzata da terzi per qualsiasi evento dannoso commesso da uno o più Dipendenti Tecnici come definiti in polizza.

L'Assicurazione è estesa ai danni conseguenti a lesioni personali, morte o danneggiamento a cose, connessi all'esercizio dell'attività di Dipendente Tecnico come descritta nelle "Definizioni" di polizza, quali a titolo meramente esemplificativo:

- a) progettista, direttore dei lavori e collaudatore;
- b) geologo, in quanto svolta nell'ambito di un incarico di progettazione;
- c) attività di consulenza e controlli in ambito di ecologia ed ambiente, fonti di inquinamento (emissioni, acque reflue e fanghi, rifiuti, rumore), verde industriale (impatto paesaggistico ed ambientale, aree verdi, giardini, verde anti-rumore);
- d) verifica e validazione dei progetti così come previsto dal D.lgs 163/06;
- e) "responsabile del procedimento" di cui al D.lgs 163/06.

L'Assicurazione è altresì operante:

- f) per le responsabilità poste a carico dell'Assicurato dalla normativa in materia di igiene (rumori, microclima, polveri e fumi, acque e vapore), sicurezza e salute dei lavoratori sui luoghi di lavoro; sono pertanto comprese nell'Assicurazione anche le attività di:
 - f1) "Datore di lavoro" e/o "Responsabile del servizio di prevenzione e protezione" e/o le altre figure previste dal D.M. 363/98 ai sensi del Decreto Legislativo n. 81/2008;
 - f2) "Committente", "Responsabile dei lavori", "Coordinatore per la Progettazione" e/o "Coordinatore per l'esecuzione dei Lavori" ai sensi del Decreto Legislativo n. 81/2008.

Quanto sopra in nessun caso dovrà essere considerato un impegno da parte della Società di rispondere direttamente o indirettamente per effetto di un'azione di rivalsa della Responsabilità civile Operai e/o prestatori di lavoro, la quale si intende quindi esplicitamente esclusa dalla presente Assicurazione.

L'Assicurazione comprende anche:

1. i danni conseguenti a rovina totale o parziale delle opere in costruzione o sulle quali si eseguono lavori, verificatisi durante l'esecuzione o entro cinque anni dalla loro ultimazione;
2. le spese imputabili all'Assicurato per neutralizzare o limitare le conseguenze di un grave difetto che incida sulla stabilità dell'opera, con obbligo da parte dell'Assicurato di darne immediato avviso alla Società. In caso di disaccordo sull'utilità delle spese suddette o sull'entità di esse, se previsto dalla normativa di legge vigente al momento di applicazione della norma, le Parti si obbligano a conferire ad un Collegio di tre periti mandato di decidere se ed in quale misura siano dovuti gli indennizzi. Detti periti sono nominati uno da ciascuno delle parti ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Tribunale competente; ciascuna delle parti remunera il perito da essa designato, contribuendo alla metà delle spese e competenze del terzo perito. Le decisioni del Collegio peritale sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti per le Parti anche se uno dei periti dissente o si rifiuta di firmare il relativo verbale;
3. le perdite patrimoniali conseguenti a gravi difetti alle opere riscontrati dopo la ultimazione dei lavori e che rendano l'opera inidonea all'uso al quale è destinata; rimane comunque escluso ogni costo per eventuali migliorie.

Le estensioni di cui al presente articolo B.8 non sono operanti:

- qualora il Dipendente tecnico responsabile del danno abbia svolto attività non rientranti nelle sue competenze professionali stabilite dalle leggi, dai regolamenti e dalle che disciplinano le rispettive professioni;
- se i lavori vengono eseguiti da imprese di proprietà o il cui socio a responsabilità illimitata o amministratore sia dipendente dell'Assicurato;
- per i danni ai macchinari, attrezzature, materiali o strumenti destinati all'esecuzione dei lavori, salvo il caso in cui i danni derivino da rovina totale o parziale delle opere in costruzione, nonché per i danni a cose che l'Assicurato abbia in custodia o che detenga a qualsiasi titolo;

- per i danni derivanti dalla mancata rispondenza delle opere all'uso ed alle necessità cui sono destinate; sono invece compresi i danni materiali e corporali che derivino dagli effetti pregiudizievoli delle opere stesse.

Art. B.9 - Responsabilità civile professionale di cui al Dlgs 163/2006 e s.m.i.

L'Assicurazione può essere estesa, dietro specifica richiesta dell'Assicurato, alla responsabilità di cui al D.lgs 163/06 s.m.i., relativa all'attività di progettazione, nel qual caso la Società si impegna a rilasciare, ove necessario, certificati distinti per ogni contratto soggetto alla predetta norma vigente secondo lo schema tipo di cui al D.M. 123/04. Per tali Certificati il premio relativo è pagabile in soluzione unica anticipata sulla base del prospetto riportato al punto 9. Della Scheda di Copertura.

Il valore massimo assicurabile di ogni singola opera è di € 15.000.000,00.

Agli effetti degli articoli 1341 e 1342 del C.C., il Contraente dichiara di aver preso conoscenza e di approvare espressamente le seguenti disposizioni contenute nelle Condizioni Generali, Particolari e Speciali descritte nel presente contratto:

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO:

Art.	01	Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio
Art.	02	Periodicità e mezzi di pagamento del Premio
Art.	03	Modifiche dell'assicurazione
Art.	04	Durata dell'Assicurazione
Art.	05	Recesso dal contratto in caso di sinistro
Art.	07	Variazioni del rischio
Art.	08	Gestione delle vertenze di danno – Spese legali
Art.	09	Coesistenza di altre assicurazioni
Art.	10	Legge applicabile – Giurisdizione - Foro competente - Elezione di domicilio ai fini della notificazione degli atti giudiziari
Art.	11	Territorialità e giurisdizione
Art.	12	Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società
Art.	13	Oneri fiscali
Art.	16A	Clausola broker
Art.	16B	Gestione della polizza – Corrispondente / Coverholder
Art.	17	Costituzione e regolazione del premio
Art.	18	Esclusione della responsabilità solidale
Art.	A1	Oggetto dell'assicurazione
Art.	A2	Periodo di efficacia retroattiva e ultrattiva dell'Assicurazione (claims made)
Art.	A3	Esclusioni
Art.	A4	Massimali di Assicurazione e franchigia
Art.	B8	Responsabilità civile professionale dei dipendenti tecnici
Art.	B9	Responsabilità civile professionale di cui al Dlgs 163/2006 e s.m.i.

ta

Il Contraente

Il Contraente / Assicurato

Data _____

CAPITOLATO

1.2 POLIZZA DI ASSICURAZIONE

1.3 INFORTUNI CUMULATIVA

La presente polizza è stipulata tra

1.3.1 COMUNE DI ORTONA
1.3.2 Via Cavour
660 ORTONA (CH)
C.F. 00149620692

e

1.3.3 Società Assicuratrice
1.3.4 Agenzia di
.
.

Durata del contratto

Dalle ore 24.00 del :	30.06.2013
Alle ore 24.00 del :	30.06.2015

Con scadenze dei periodi di assicurazione
successivi al primo fissati

Alle ore 24.00 di ogni	30.06
-------------------------------	--------------

2 DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intendono:

per SOCIETA'	L'Impresa assicuratrice e le eventuali coassicuratrici;
per ASSICURAZIONE	Il contratto di assicurazione;
per CONTRATTO O POLIZZA	Il documento che prova l'assicurazione;
per CONTRAENTE	Il soggetto che stipula l'assicurazione;
per ASSICURATO	Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione;
per PREMIO	La somma dovuta dal Contraente alla Società;
per RISCHIO	La probabilità che si verifichi il sinistro;
per INDENNITA'	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro;
per INFORTUNIO	L'evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

ART. 1 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, non avvenute in buona fede 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 C.C.

ART. 2 - DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE - PAGAMENTO DEL PREMIO

L'assicurazione decorre dalle ore 24.00 del giorno indicato nel contratto di assicurazione. Il premio potrà essere corrisposto alla Società entro i quindici giorni successivi a tale data.

Per le rate successive alla prima è concesso il termine di rispetto di 30 giorni, trascorso il quale l'assicurazione resta sospesa e rientra in vigore soltanto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento del premio, ferme restando le date di scadenza contrattualmente stabilite.

ART. 3 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

ART. 4 - AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

L'assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio.

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

ART. 5 - DIMINUZIONE DEL RISCHIO

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione dell'Assicurato (art. 1897 C.C.) e rinunciano al relativo diritto di recesso.

ART. 6 - PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

Valutato il danno, verificata l'operatività della garanzia e ricevuta la necessaria documentazione, la Società provvede al pagamento dell'indennizzo.

ART. 7 - RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni sinistro e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, ciascuna delle parti ha facoltà di recedere dall'assicurazione con preavviso di novanta giorni, da comunicarsi all'altra parte a mezzo di lettera raccomandata.

In tal caso la Società rimborsa al Contraente, entro trenta giorni dalla data di efficacia del recesso, la parte di premio pagato, al netto delle imposte, relativo al periodo di rischio non corso.

ART. 8 - ONERI FISCALI

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

ART. 9 - CLAUSOLA BROKER

Il Contraente dichiara di aver affidato la gestione della presente polizza alla società di brokeraggio assicurativo AON S.p.A..

Pertanto, agli effetti delle condizioni della presente polizza, le comunicazioni a cui le Parti sono tenute potranno essere fatte anche tramite il Broker, ed in tal caso si intenderanno come fatte all'altra Parte.

La Società Assicuratrice inoltre riconosce che il pagamento dei premi sia fatto tramite il Broker sopra designato e che tale pagamento è liberatorio per il Contraente.

Farà fede, ai fini della copertura assicurativa, la data di una comunicazione scritta del Broker alla Società assicuratrice.

ART. 10 - FORO COMPETENTE

Per le controversie diverse da quelle previste all'art.28 il Foro competente è esclusivamente quello del luogo ove ha sede la Contraente.

ART. 11 - DURATA DELL'ASSICURAZIONE

Il contratto ha la durata indicata in frontespizio e cesserà irrevocabilmente alla scadenza del detto periodo, senza obbligo di disdetta. Tuttavia alle parti è concessa la facoltà di rescindere il contratto ad ogni scadenza annuale con lettera raccomandata da inviarsi tre mesi prima della suddetta scadenza.

2.1.1.1.1

2.1.1.1.2 ART. 12 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

3 NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

ART. 13 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione vale per i rischi e per le persone assicurate indicati nelle Condizioni Particolari.

Sono compresi in garanzia anche:

- l'asfissia non di origine morbosa;
 - gli avvelenamenti acuti di origine traumatica, da ingestione o assorbimento di sostanze;
- contatto con corrosivi;
- le affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi, esclusi il carbonchio, la malaria e le malattie tropicali;
- l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento;
- la folgorazione;
- i colpi di sole o di calore;
- le lesioni (esclusi gli infarti) determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico;
- gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismi, attentati, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- gli infortuni derivanti da malore ed incoscienza;
- gli infortuni derivanti da imprudenza e negligenza anche gravi;
- gli infortuni derivanti dall'uso o guida di ciclomotori e motocicli di qualunque cilindrata, trattori e macchine agricole semoventi, veicoli a motore e natanti, a condizione che l'Assicurato sia in possesso, ove prescritto, di regolare patente di abilitazione alla guida;
- gli infortuni subiti in conseguenza di calamità naturali costituite da terremoto, maremoto, eruzione vulcanica, alluvioni, inondazioni e fenomeni connessi;
- gli infortuni causati da influenze termiche ed atmosferiche;

- gli infortuni derivanti da abuso di alcolici, con l'esclusione di quelli subiti alla guida di veicoli e/o natanti in genere.

ART. 14 - ESCLUSIONI

Salvo patto speciale non sono compresi nell'assicurazione gli infortuni derivanti da:

- partecipazione a gare e corse (e relative prove) calcistiche, ciclistiche;
- partecipazione a corse e gare (e relative prove) che comportano l'uso o la guida di veicoli a motore e natanti;
- guerra e insurrezioni, salvo quanto previsto all'Art. 15 - Rischio Guerra;
- delitti dolosi compiuti o tentati all'Assicurato;
- gli infortuni che siano conseguenza diretta od indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo e di radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, e da esposizione a radiazioni ionizzanti;
- gli infortuni derivanti dall'abuso di psicofarmaci o da uso non terapeutico di stupefacenti od allucinogeni;
- gli infortuni occorsi in occasione di partecipazione ad imprese temerarie, salvo in quest'ultimo caso che si tratti di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- le conseguenze di operazioni chirurgiche e di accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio.

ART. 15 - ESTENSIONI DI GARANZIA

3.1 Rischio guerra

La garanzia viene estesa agli infortuni avvenuti all'estero (escluso comunque il territorio della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino) derivanti da stato di guerra civile, guerra (dichiarata e non), invasione, atti nemici, ostilità, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di eventi bellici mentre si trova all'estero.

3.2 Morte presunta

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termine del contratto di assicurazione, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato, e si presume sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà ai beneficiari indicati nel contratto di assicurazione il capitale previsto per il caso di morte.

La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi 6 mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta ai termini degli artt. 60 e 62 C.C.

Nel caso che, successivamente al pagamento, risulti che la morte non si è verificata o che comunque non è dipesa da infortunio indennizzabile, la Società avrà diritto al rimborso dell'intera somma liquidata.

A restituzione avvenuta dell'intera somma liquidata, l'Assicurato non deceduto potrà far valere i propri diritti per l'invalidità eventualmente subita e residua, anche se nel frattempo fossero trascorsi oltre due anni dall'evento subito e, quindi, senza che si possano da parte della Società invocare eventuali termini di prescrizione, che, al più, decorreranno da quel momento.

3.3 Danni estetici

Si conviene che in caso di infortunio non escluso dalle Condizioni della presente polizza, che produca conseguenze di carattere estetico al viso - anche se non comporti indennizzo a titolo di invalidità permanente - la Società rimborserà comunque le spese documentate sostenute dall'Assicurato per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico, il tutto entro il limite di € 5.000,00= per evento.

3.4 Rimborso spese mediche da infortunio

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

- durante il ricovero in istituto di cura pubblico o privato (rette di degenza, onorari di medici, chirurgo, aiuto chirurgo, anestesista, materiale di intervento, diritti di sala operatoria, medicinali) ;
- per intervento chirurgico anche ambulatoriale ;
- per visite mediche specialistiche ed acquisto di medicinali ;
- per applicazione di apparecchi gessati, bendaggi e docce di immobilizzazione;
- per analisi ed accertamenti diagnostici, strumentali e di laboratorio;

- per terapie fisiche anche specialistiche;
- per presidi ortopedici, protesi e tutori di funzione arti superiori, inferiori e tronco;
- per interventi di chirurgia plastica ricostruttiva volti ad eliminare danni estetici conseguenti all'infortunio denunciato ;
- per trasporto dell'assicurato con qualsiasi mezzo dal luogo dell'infortunio all'istituto di cura o posto di pronto soccorso ;
- per protesi dentarie.

La garanzia di cui al presente articolo viene prestata con una franchigia di Euro _____ a carico

dell'assicurato per ogni sinistro, intendendosi per tale l'intero ciclo di cura relativo allo stesso infortunio.

Il rimborso viene effettuato dalla Società a guarigione clinica ultimata su presentazione, in originale, dei documenti giustificativi, debitamente quietanzati (notule del medico, ricevute del farmacista, conti dell'ospedale o clinica, ecc.)

A richiesta dell'assicurato la Società restituisce i predetti originali, previa apposizione della data di liquidazione.

La domanda per il rimborso delle spese, corredata dai documenti giustificativi e dalla certificazione medica (ivi compresa eventuale cartella clinica) deve essere presentata alla Società entro il trentesimo giorno successivo a quello in cui è terminata la cura medica.

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 dietro 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 medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano Cambi.

ART. 16 - INFORTUNI AERONAUTICI

L'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei turistici o di trasferimento, effettuati in qualità di passeggero, su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti tranne che:

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

La somma delle garanzie di cui alla presente polizza e eventuali altre assicurazioni stipulate dall'assicurato o da altri in suo favore per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni, non potrà superare per ciascuna persona assicurata i capitali di Euro 1.000.000,00= per il caso di morte, Euro 1.000.000,00= per il caso di invalidità permanente totale ed Euro 260,00= giornaliero per il caso di inabilità temporanea, e per aeromobile i capitali di Euro 5.200.000,00= per il caso morte, Euro 5.200.000,00= per il caso di invalidità permanente totale e di Euro 5.200,00= giornaliero per il caso di inabilità temporanea.

In detta limitazione per aeromobile rientrano anche i capitali riferentisi ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze infortuni terrestri cumulative stipulate dallo stesso Contraente.

Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedano gli importi suindicati, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno adeguate con riduzione ed imputazione proporzionale sulle singole assicurazioni.

Agli effetti della garanzia, il viaggio aereo si intende cominciato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso.

Le limitazioni dei cumuli sopra indicati restano operanti anche nel caso di indicizzazione della polizza.

La garanzia di cui al presente articolo non è valida nel caso di polizze con durata inferiore ad un anno.

ART. 17 - SERVIZIO MILITARE

Durante il servizio militare di leva, il servizio sostitutivo, l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale l'assicurazione resta sospesa.

Entro il 15° giorno successivo alla prima scadenza di premio (o rata di premio) posteriore all'inizio del servizio di cui sopra il Contraente ha facoltà di chiedere il rimborso dei premi pagati relativi al periodo in cui l'assicurazione è rimasta sospesa; rimborso che verrà corrisposto al netto delle imposte.

ART. 18 - LIMITI TERRITORIALI E LIMITI DI RISARCIMENTO

L'assicurazione viene prestata per tutto il mondo. In ogni caso il pagamento delle indennità verrà effettuato in Italia con moneta nazionale.

Nel caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più Assicurati, l'esborso a carico della Società non potrà superare la somma complessiva di Euro 2.600.000,00=

Qualora le indennità liquidabili ai sensi del contratto di assicurazione eccedessero nel loro complessivo tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

ART. 19 - LIMITI DI ETÀ

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore ad anni settantacinque. 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. 20 - PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici. L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi.

Il Contraente è esonerato dal notificare le malattie, le infermità, le mutilazioni ed i difetti fisici da cui fossero affette le persone assicurate.

ART. 21 - 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 della documentazione tenuta dalla Contraente.

ART. 22 - ALTRE ASSICURAZIONI

E' data facoltà al Contraente di non comunicare altre assicurazioni che avesse in corso o che stipulasse in futuro con altre imprese per gli stessi rischi assicurati con il presente contratto di assicurazione.

Il presente contratto di assicurazione s'intende stipulato indipendentemente ed in aggiunta alle assicurazioni obbligatorie previste per gli infortuni sul lavoro dalle leggi vigenti e da quelle eventuali future.

Il Contraente è inoltre esonerato dal denunciare le assicurazioni a favore dei propri dipendenti a cui fosse tenuto per legge o per disposizioni aventi comunque carattere obbligatorio, delle quali la presente costituisce un complemento, pur essendo completamente separata ed indipendente.

ART. 23 - DENUNCIA DELL'INFORTUNIO ED OBBLIGHI RELATIVI

La denuncia dell'infortunio con una dettagliata descrizione dello stesso e delle sue cause e conseguenze, corredata di certificato medico, deve essere fatta alla Società cui è assegnato il contratto di assicurazione nel termine di 10 giorni dall'infortunio o dal momento in cui l'Assicurato o gli aventi diritto ne abbiano avuto possibilità. Avvenuto l'infortunio, l'Assicurato deve ricorrere alle cure di un medico e seguirne le prescrizioni, nonché informare periodicamente la Società sul decorso delle lesioni.

Quando l'infortunio abbia causato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, deve esserne dato immediatamente avviso telegrafico alla Società.

L'Assicurato, i suoi familiari od aventi diritto devono consentire alla visita di medici della Società ed a qualsiasi indagine che questi ritengano necessaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato stesso.

Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato, salvo che siano espressamente comprese nell'assicurazione.

ART. 24 - CRITERI DI INDENNIZZO

La Società corrisponderà l'indennità per le sole conseguenze dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio può aver esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

Parimenti, nei preesistenti casi di mutilazioni o difetti fisici, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette dell'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra e sana, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti, fermo quando stabilito dall'art.26.

ART. 25 - MORTE

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifica entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida ai beneficiari la somma assicurata per il caso di morte.

Per beneficiari si intendono, salvo diversa designazione da parte dell'Assicurato, gli eredi testamentari o legittimi. In caso di premorienza o commorienza dei beneficiari designati, detta somma sarà liquidata agli eredi testamentari o legittimi.

Qualora l'assicurazione sia stata stipulata in ottemperanza al C.C.N.L. applicabile all'Assicurato, la somma per il caso di morte sarà corrisposta alle persone cui spetta obbligatoriamente in forza del citato C.C.N.L. e solo in mancanza di tali persone si applicherà quanto disposto dai primi due commi del presente articolo.

Vengono parificati al caso di morte il caso in cui l'Assicurato venga dichiarato disperso alle competenti Autorità ed il caso di sentenza di morte presunta, ai sensi dell'art. 60 comma 3 del Codice Civile (vedi precedente art. 15 di polizza).

ART. 26 - INVALIDITÀ PERMANENTE

Se l'infortunio ha per conseguenza un'invalidità permanente e questa si verifica entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida per tale titolo un'indennità calcolata sulla somma assicurata per invalidità permanente, secondo la tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria per gli infortuni e le malattie professionali approvata con DPR 30 giugno 1965 n. 1124 e successive modifiche e/o integrazioni, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge.

Per gli Assicurati mancini, si conviene che le percentuali di Invalidità Permanente previste dalla citata 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 si tratta di minorazione, le percentuali vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta. Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi o arti, l'indennità viene stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al limite massimo del 100%.

L'indennità per la perdita funzionale ed anatomica di una falange del pollice è stabilita nella metà, per la perdita anatomica di una falange dell'alluce nella metà e per quella di una falange di qualunque altro dito in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito.

Nei casi di invalidità permanente non specificati, l'indennità è stabilita tenendo conto della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorati, le percentuali sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Nel caso di ernia che per essere determinata da infortunio (ernia traumatica) risulti compresa in garanzia, l'indennità è stabilita come segue:

- se l'ernia è operabile e il contratto prevede il caso di inabilità temporanea, la Società corrisponderà la somma giornaliera assicurata per l'inabilità temporanea, fino ad un massimo di trenta giorni;
- se l'ernia non risulta operabile, la Società corrisponderà l'indennità fino al 10% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente.

Questi massimi valgono anche se l'ernia è bilaterale.

Qualora insorga contestazione circa l'operabilità o meno dell'ernia, la decisione sarà rimessa al Collegio Arbitrale di cui al successivo art.28.

Nei casi di invalidità permanente non specificati, l'indennità è stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi elencati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla sua professione.

Nei casi di invalidità permanente di grado pari o superiore al 65% sarà liquidata l'indennità pari all'intero capitale assicurato.

ART. 27 - CUMULO DI INDENNITÀ

L'indennità per rimborso spese mediche è cumulabile con quella per morte o per invalidità permanente. Se dopo il pagamento di una indennità per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio, ed in conseguenza di questo l'Assicurato muore, la Società corrisponderà ai beneficiari designati o, in difetto, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali, la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore, e non chiederanno il 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 dell'Assicurato l'importo liquidato od offerto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

3.4.1 ART. 28 - CONTROVERSIE E COLLEGIO ARBITRALE

In caso di disaccordo sulla causa o sulla natura delle lesioni o sulla valutazione delle conseguenze attribuibili all'infortunio, la vertenza viene deferita ad un Collegio Arbitrale che risiede presso la Contraente.

Il Collegio è composto di tre medici, di cui due nominati dalle Parti, una per ciascuna, ed il terzo d'accordo fra i due primi, o, in difetto, dal Presidente dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio Arbitrale.

Gli arbitri, tenendo presenti le condizioni del contratto di assicurazione, decidono a maggioranza inappellabilmente come amichevoli compositori senza alcuna formalità giudiziaria; le loro decisioni impegnano le Parti anche se l'arbitro dissenziente non le ha sottoscritte.

Ciascuna delle Parti sopporta le spese del proprio arbitro e metà di quelle del terzo.

ART. 29 - RINUNCIA RIVALSA

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi causa al diritto spettante all'Assicuratore, che abbia pagato l'indennità, di surrogarsi ai sensi dell'art. 1916 C.C. nei diritti dell'Assicurato, che potrà così esercitarli integralmente nei confronti dei terzi responsabili.

CONTRAENTE

SOCIETA'

4 CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE

PERSONE E SOMME ASSICURATE

Sono assicurati gli appartenenti alle seguenti categorie per i capitali e le garanzie di seguito indicati:

4.1.1.1 A) SINDACO, VICESINDACO, ASSESSORI e CONSIGLIERI

- **Somme assicurate pro-capite**

Euro 150.000,00 per il caso Morte;

Euro 200.000,00 per Invalidità Permanente;

Euro 5.000,00 per Rimborso Spese Mediche da infortunio.

- Ambito della garanzia

L'assicurazione è prestata per gli infortuni che ogni assicurato subisca durante l'espletamento delle funzioni istituzionali e/o di ogni altra attività complementare o connessa alla specifica mansione, ivi compreso il rischio in itinere.

4.2 B) SEGRETARIO COMUNALE

- Somme assicurate pro-capite

Euro 150.000,00 per il caso Morte;

Euro 200.000,00 per Invalidità Permanente;

Euro 5.000,00 per Rimborso Spese Mediche da infortunio.

- Ambito della garanzia

L'assicurazione è prestata per gli infortuni che l'assicurato subisca durante l'espletamento delle funzioni istituzionali e/o di ogni altra attività complementare o connessa alla specifica mansione, ivi compreso il rischio in itinere.

C) VOLONTARI ISCRITTI ALL'ALBO COMUNALE

- Somme assicurate pro-capite

Euro 100.000,00 per il caso Morte;

Euro 150.000,00 per Invalidità Permanente;

Euro 5.000,00 per Rimborso Spese Mediche da infortunio.

- Ambito della garanzia

L'assicurazione è prestata per gli infortuni che ogni assicurato subisca durante l'espletamento del servizio di volontariato, in relazione a tutte le attività di interesse pubblico di competenza del Contraente.

CALCOLO DEL PREMIO

Il premio è conteggiato in base ai costi lordi sottoindicati e viene anticipato nella misura di Euro, che rappresenta il premio minimo annuo comunque acquisito dalla Società.

Il premio così conteggiato è soggetto a regolazione secondo quanto previsto dalla norma "Regolazione del Premio".

A) Sindaco, Vice Sindaco, Assessori e Consiglieri	
Euro X n.... assicurati =	Euro
B) Segretario comunale	Euro
C) Volontari	
Euro X n.... assicurati =	Euro

REGOLAZIONE DEL PREMIO

Entro 90 giorni dalla fine di ogni anno di assicurazione o del minor periodo di durata del contratto, affinché la Società possa procedere alla regolazione del premio definitivo, il Contraente è tenuto a comunicare alla Società stessa i dati consuntivi relativi alle categorie assicurate.

Le differenze attive o passive risultanti dalle regolazioni devono essere pagate entro 60 giorni dalla relativa comunicazione.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti ed il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società deve fissargli mediante atto formale di messa in mora un ulteriore termine non inferiore a 30 giorni, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo all'annualità assicurativa per la quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva. Conseguentemente l'assicurazione resta sospesa fino alle ore 24.00 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto 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 gli infortuni 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.

CONTRAENTE

SOCIETA'



COMUNE DI ORTONA

POLIZZA INFORTUNI ALUNNI

- LOTTO 3 -

La presente polizza è stipulata tra

4.2.1 COMUNE DI ORTONA
4.2.2 Via Cavour
66026 Ortona (Ch)
C.F. 00149620692

e

4.2.3 Società
4.2.4

Durata del contratto

Dalle ore 24.00 del :	30.06.2013
Alle ore 24.00 del :	30.06.2015

Con scadenze dei periodi di assicurazione
successivi al primo fissati

Alle ore 24.00 di ogni	30.06
-------------------------------	--------------

5 SOMMARIO

6 SEZIONE 1 DEFINIZIONI E IDENTIFICAZIONE DEGLI ASSICURATI

- Art.1 Definizioni
Art.2 Identificazione degli Assicurati

SEZIONE 2 NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

- Art.1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio
Art.2 Assicurazione presso diversi Assicuratori
Art.3 Durata del contratto
Art.4 Pagamento del premio e decorrenza della garanzia
Art.5 Regolazione del premio
Art.6 Recesso a seguito di sinistro
Art.7 Modifiche dell'assicurazione
Art.8 Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società
Art.9 Oneri fiscali
Art.10 Foro competente
Art.11 Titolarità dei diritti nascenti dal contratto
Art.12 Coassicurazione e delega
Art.13 Clausola Broker
Art.14 Rinvio alle norme di legge
Art.15 Tracciabilità dei flussi finanziari

SEZIONE 3 RISCHI COPERTI

- Art.1 Oggetto dell'assicurazione

SEZIONE 4 ESCLUSIONI

- Art.1 Esclusioni
Art.2 Persone escluse dall'assicurazione o non assicurabili

SEZIONE 5 GESTIONE E LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

- Art.1 Denuncia del sinistro e relativi obblighi
Art.2 Criteri di indennizzabilità
Art.3 Controversie
Art.4 Liquidazione dell'indennità
Art.5 Rinuncia all'azione di surroga

SEZIONE 6 PERSONE E SOMME ASSICURATE, GARANZIE PRESTATE E CALCOLO DEL PREMIO

- Art.1 Persone assicurate
Art.2 Garanzie prestate
Art.3 Massimo indennizzo per sinistro cumulativo
Art.4 Calcolo del premio

SEZIONE 1 - DEFINIZIONI E IDENTIFICAZIONE ASSICURATI

7 Art.1 - Definizioni

Assicurazione :	Il contratto di assicurazione
Polizza :	Il documento che prova l'assicurazione;
Contraente :	Il soggetto che stipula l'assicurazione riportato nel frontespizio della presente polizza.
Assicurato :	La persona fisica o giuridica il cui interesse è protetto dalla Assicurazione

Beneficiario :	In caso di morte gli eredi legittimi o testamentari, in tutti gli altri casi l'assicurato stesso.
Società :	L'impresa assicuratrice nonché le coassicuratrici;
Broker :	La AON S.p.A. quale mandatario incaricato dal Contraente della gestione ed esecuzione del contratto, riconosciuto dalla Società.
Premio :	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
Rischio :	la probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.
Sinistro :	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
Indennizzo :	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Franchigia :	La parte di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.
Scoperto :	La parte percentuale di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.
Annualità assicurativa o periodo assicurativo :	Il periodo pari o inferiore a 12 mesi compreso tra la data di effetto e la data di scadenza o di cessazione dell'assicurazione.
Infortunio :	ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.
Invalidità permanente :	la diminuita capacità o la perdita definitiva ed irrimediabile della capacità generica ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato.
Inabilità temporanea :	la perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato di attendere alle attività professionali dichiarate
Istituto di cura:	l'ospedale pubblico, la clinica, la casa di cura sia accreditati presso il Servizio Sanitario Nazionale che privati, legalmente riconosciuti e regolarmente autorizzati al ricovero dei malati, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno
Ricovero:	la degenza in Istituto di cura che comporti almeno un pernottamento

8 Art.2 – Identificazione degli Assicurati

La presente polizza viene stipulata per le categorie riportate alla Sezione 6 della presente polizza, per le quali il Contraente ha l'obbligo od interesse ad attivare la copertura assicurativa.

Il Contraente è esonerato dalla denuncia delle generalità delle persone assicurate.

Il Contraente resta esonerato dall'obbligo di notificare preventivamente alla Società le malattie, le infermità, le mutilazioni ed i difetti fisici da cui fossero affette le persone assicurate all'atto della stipula del presente contratto, o che dovessero in seguito sopravvenire.

8.1.1 SEZIONE 2 - NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

9 Art.1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte e reticenti 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 art. 1892, 1893 e 1894 C.C..

Il Contraente deve comunicare alla Società ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 C.C..

Nel caso di diminuzione del rischio, la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio con effetto immediato rispetto alla comunicazione del Contraente e rinuncia al relativo diritto di recesso previsto dall'art. 1897 C.C.. La Società corrisponderà, al netto dell'imposta, la quota di premio pagata e non consumata, a scelta del Contraente, immediatamente oppure in occasione della scadenza dell'annualità di premio.

La mancata comunicazione da parte del Contraente di circostanze aggravanti il rischio così pure le inesatte od incomplete dichiarazioni rese all'atto della stipulazione dell'assicurazione o durante il corso della stessa, non comporteranno decadenza dal diritto di indennizzo, né riduzione dello stesso sempre che tali omissioni od inesattezze siano avvenute senza dolo.

La Società ha peraltro il diritto di percepire la differenza di premio corrispondente al maggior rischio a decorrere dal momento in cui le circostanze si sono verificate.

Il Contraente e l'Assicurato sono esentati da qualsiasi obbligo di dichiarare i danni che avessero colpito polizze da loro sottoscritte a copertura dei medesimi rischi precedentemente la stipulazione della presente polizza di assicurazione.

10 Art.2 - Assicurazione presso diversi Assicuratori

E' data facoltà al Contraente di non comunicare altre assicurazioni che avesse in corso o che stipulasse in futuro con altre imprese per gli stessi rischi assicurati con il presente contratto di assicurazione.

Il presente contratto di assicurazione s'intende stipulato indipendentemente ed in aggiunta alle assicurazioni obbligatorie previste per gli infortuni sul lavoro dalle leggi vigenti e da quelle eventuali future.

Il Contraente è inoltre esonerato dal denunciare le assicurazioni a favore dei propri dipendenti a cui fosse tenuto per legge o per disposizioni aventi comunque carattere obbligatorio, delle quali la presente costituisce un complemento, pur essendo completamente separata ed indipendente.

Gli Assicurati sono esentati dall'obbligo di comunicare l'esistenza di altre assicurazioni stipulate da loro stessi o da altri a copertura degli stessi rischi assicurati con il presente contratto.

In caso di sinistro non si farà luogo all'applicazione del disposto dell'art.1910 del Codice Civile per tutte quelle garanzie che non rappresentino un rimborso di spese sostenute.

In tutti gli altri casi la Società Assicuratrice provvederà a liquidare le spese secondo le condizioni tutte della presente polizza fermo il diritto al recupero dagli altri Assicuratori di quota parte dell'indennità corrisposta in applicazione del disposto del quarto comma dell'art.1910 del Codice Civile.

11 Art.3 - Durata del contratto

Il contratto ha la durata indicata in frontespizio e cesserà irrevocabilmente alla scadenza del detto periodo, senza obbligo di disdetta.

Si conviene che le Parti, ad ogni scadenza annuale, hanno comunque facoltà di rescindere dal contratto, con preavviso di almeno 60 (sessanta) giorni da inviarsi a mezzo lettera raccomandata.

12 Art.4 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza. Vengono concessi al Contraente **45 giorni di mora** per il pagamento delle rate di premio compresa la prima rata coincidente con la decorrenza dell'assicurazione.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del trentesimo giorno successivo a quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

I premi devono essere pagati alla Società Assicuratrice per il tramite del Broker incaricato della gestione del contratto.

Art.5 – Regolazione del premio

Poiché il premio è convenuto in tutto o in parte in base ad elementi di rischio variabile, esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza (Sezione 6) ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minor durata del contratto secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio.

A tale scopo entro 60 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione il Contraente deve fornire per iscritto alla Società i dati necessari per il conteggio del premio consuntivo.

Le differenze attive o passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei 60 giorni successivi al ricevimento da parte del Contraente dell'apposita appendice di regolazione emessa dalla Società.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti od il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società può fissargli un ulteriore termine non inferiore a 15 giorni, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto od a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo annuo per il quale non ha avuto luogo la regolazione od il pagamento della differenza attiva e la garanzia resta sospesa fino alle ore 24.00 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto i 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 gli 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 verifiche e controlli per i quali il Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie.

13 Art.6 - Recesso a seguito di sinistro

Dopo ogni sinistro e fino al sessantesimo giorno dalla definizione dei rapporti tra le Parti, la Società ed il Contraente hanno facoltà di recedere dal contratto con preavviso di 60 giorni da darsi con lettera raccomandata.

In caso di recesso da parte della Società questa rimborserà al Contraente il rateo di premio pagato e non goduto, escluse le imposte.

14 Art.7 - Modifiche dell'assicurazione

Le eventuali modifiche alla presente polizza debbono essere provate per iscritto.

15 Art.8 - Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente è tenuto devono essere fatte per iscritto, con lettera raccomandata od altro mezzo (telex o simili), e indirizzate alla Società oppure al Broker al quale il Contraente ha conferito incarico per la gestione della polizza.

16 Art. 9 - Oneri fiscali

Tutti gli oneri fiscali, presenti e futuri, relativi al premio, agli indennizzi, alla polizza ed agli atti da essa dipendenti, sono a carico del Contraente anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

17 Art.10 - Foro competente

Per le controversie relative al presente contratto è competente, esclusivamente, l'autorità giudiziaria del luogo della sede del Contraente.

Art.11 – Titolarità dei diritti nascenti dal contratto

Le azioni, le ragioni ed i diritti nascenti dalla polizza non possono essere esercitati che dal Contraente e dalla Società.

Spetta in particolare al Contraente compiere gli atti necessari all'accertamento ed alla liquidazione dei danni. L'accertamento e la liquidazione dei danni così effettuati sono vincolanti anche per l'Assicurato, restando esclusa ogni sua facoltà di impugnativa. L'indennizzo liquidato a termini di polizza non può tuttavia essere pagato se non nei confronti e con il consenso dei titolari dell'interesse assicurato.

E' data tuttavia facoltà al Contraente di richiedere il subentro dell'Assicurato in tutti gli atti necessari alla gestione e liquidazione del sinistro. L'accertamento e la liquidazione dei danni così effettuati sono vincolanti anche per il Contraente, restando esclusa ogni sua facoltà di impugnativa.

Art.12 - Coassicurazione e delega (opzionale)

L'assicurazione è ripartita per quote tra le Società indicate nel riparto del premio; ciascuna di esse è tenuta alla prestazione in proporzione della rispettiva quota, quale risulta dal contratto, esclusa ogni responsabilità solidale.

Il Contraente dichiara di aver affidato la gestione del presente contratto alla AON S.p.A. e le imprese assicuratrici

hanno convenuto di affidarne la delega alla Società designata in frontespizio della presente polizza; di conseguenza, tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti per conto del Contraente e degli Assicurati dalla AON S.p.A. la quale tratterà con l'impresa Delegataria informandone le Coassicuratrici.

In particolare, tutte le comunicazioni inerenti al 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 Società Delegataria sui documenti di assicurazione, li rende ad ogni effetto validi anche per le quote delle Coassicuratrici.

18 Art.13 - Clausola Broker

L'Amministrazione Comunale di Ortona dichiara di aver affidato la gestione del presente contratto alla società AON S.p.A., Via Andrea Ponti n. 8/10, 20143 Milano per il tramite dell'ufficio di Pescara, Via Silvio Pellico 28/1 – 65122 Pescara.

Di conseguenza tutti i rapporti inerenti la presente polizza saranno svolti per conto del Contraente dalla società AON S.p.A..

Il Contraente si impegna a comunicare tempestivamente eventuali interruzioni e/o variazioni che potessero intervenire nel rapporto con il Broker incaricato.

Agli effetti dei termini fissati dalle Condizioni di Assicurazione, ogni comunicazione fatta dal Broker, nel nome e per conto dell'Assicurato, alla Compagnia, si intenderà come fatta dall'Assicurato. Parimenti, ogni comunicazione fatta dall'Assicurato al Broker si intenderà come fatta alla Compagnia.

L'opera del broker sarà remunerata, relativamente al presente contratto nella misura provvigionale del 10% da calcolarsi sul premio imponibile.

19 Art.14 - Rinvio alle norme di legge

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

Art.15 – Tracciabilità dei flussi finanziari

La compagnia assicurativa ed il Broker assumono gli obblighi di tracciabilità finanziaria di cui alla Legge n 136/2010 con le conseguenze ivi previste.

19.1.1 SEZIONE 3 - RISCHI COPERTI

Art.1 – Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni che possano subire gli Assicurati indicati alla Sezione 6 della presente polizza.

L'assicurazione è operante per infortuni occorsi nei paesi dell'Europa.

Sono compresi in garanzia anche:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti o le intossicazioni conseguenti ad ingestione od assorbimento di sostanze;
- contatto con corrosivi;
- le affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi;
- l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento;
- la folgorazione;
- i colpi di sole o di calore o di freddo;
- le lesioni (esclusi gli infarti) determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico;
- gli infortuni derivanti da aggressioni in genere;
- gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismo, attentati, sequestri, rapine, azioni di dirottamento o di pirateria, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- gli infortuni derivanti da malore ed incoscienza;

- gli infortuni derivanti da imprudenza, imperizia e negligenza anche gravi;
- gli infortuni derivanti dall'uso di ciclomotori e motocicli di qualunque cilindrata, veicoli a motore e natanti, a condizione che il conducente sia in possesso, ove prescritto, di regolare patente di abilitazione alla guida;
- gli infortuni causati da forze della natura, compresi terremoto, maremoto, eruzione vulcanica, alluvioni, inondazioni, frane, smottamenti, valanghe, slavine;
- gli infortuni causati da influenze termiche ed atmosferiche;
- le ernie traumatiche.

Rischio volo

L'assicurazione comprende gli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei effettuati in qualità di passeggero di velivoli ed elicotteri eserciti da società di traffico aereo regolare, esclusivamente durante il trasporto di passeggeri, ed è prestata per le somme corrispondenti a quelle assicurate con la presente polizza e per i rischi da essa previsti. Restano in ogni caso esclusi i voli effettuati su velivoli ed elicotteri eserciti da aeroclubs.

Il cumulo delle somme assicurate, con la presente polizza e con altre assicurazioni, da chiunque stipulate a favore degli stessi Assicurati per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni, non potrà superare i seguenti importi :

per persona

- € 500.000,00= per il caso di morte
- € 500.000,00= per il caso di invalidità permanente totale

e complessivamente per aeromobile

- € 2.500.000,00= per il caso di morte
- € 2.500.000,00= per il caso di invalidità permanente totale.

In detta limitazione per aeromobile rientrano i capitali riferentesi ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze infortuni, unicamente se stipulate dallo stesso Contraente. Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedessero gli importi sopraindicati, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno adeguate con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti.

19.1.2 SEZIONE 4 - ESCLUSIONI

Art.1 – Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni occorsi:

1. in occasione di eventi direttamente connessi allo stato di guerra dichiarata o non dichiarata;
2. in conseguenza di dolo o di azioni delittuose dell'Assicurato;
3. sotto influenza di stupefacenti, psicofarmaci ed allucinogeni;
4. in conseguenza diretta od indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
5. in occasione della partecipazione a gare e relative prove che comportano l'uso o la guida di veicoli a motore e natanti;
6. durante la pratica di paracadutismo e sports aerei in genere, pugilato, alpinismo, equitazione, rugby.

Art.2 – Persone escluse dall'assicurazione o non assicurabili

Non sono coperte dalla presente polizza, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS). L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi.

SEZIONE 5 - GESTIONE DEI SINISTRI

19.2 Art.1 – Denuncia del sinistro e relativi obblighi

La denuncia dell'infortunio dovrà contenere l'indicazione del luogo, del giorno e dell'ora dell'evento, nonché

le cause che lo hanno determinato, dovrà essere corredata di certificato medico ed indirizzata al broker o alla Società, entro sette giorni lavorativi dall'infortunio o dal momento in cui il Contraente, l'Assicurato od i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità.

Avvenuto l'infortunio, l'Assicurato deve ricorrere alle cure di un medico e seguirne le prescrizioni.

Successivamente l'Assicurato deve inviare, periodicamente e sino a guarigione avvenuta, certificati medici sul decorso delle lesioni.

Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, dovrà essere dato immediatamente avviso alla Società a mezzo telefax e/o telegramma.

Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato, salvo che siano espressamente comprese nell'assicurazione.

19.3 Art.2 – Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio può avere esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

Parimenti, nei casi di preesistente mutilazione o difetto fisico, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti.

a) MORTE

L'indennizzo per il caso di morte è dovuto se la morte stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno dell'infortunio.

Tale indennizzo viene liquidato ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per l'invalidità permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, i beneficiari, o in difetto di designazione, gli eredi, dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso ed hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per morte - se superiore - e quello già pagato per invalidità permanente.

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 corrisponderà agli aventi diritto la somma assicurata non prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termini degli artt. 60 e 62 del Codice Civile.

Qualora dopo il pagamento dell'indennizzo l'Assicurato risulti in vita, la Società ha diritto alla restituzione dell'intera somma pagata e relative spese. A restituzione avvenuta l'Assicurato stesso potrà fare valere i propri diritti, nel caso avesse subito lesioni indennizzabili a norma della presente polizza.

b) INVALIDITA' PERMANENTE

Se l'infortunio ha per conseguenza un'invalidità permanente e questa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - ma comunque entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquiderà per tale titolo e solo in questo caso una indennità calcolata sulla somma assicurata al momento dell'infortunio per l'invalidità permanente, come segue:

- **la valutazione del grado di Invalidità Permanente sarà effettuata facendo riferimento alla Tabella allegata al D.P.R. del 30.06.1965 n.1124 nonché alle successive eventuali modificazioni ed integrazioni, con rinuncia alle franchigie relative stabilite;**
- **qualora l'Invalidità permanente accertata sia di grado inferiore al 10% della totale, verrà liquidato un indennizzo calcolato sul 50% della somma assicurata alla Sezione 6 della presente polizza;**
- **qualora l'Invalidità permanente accertata sia di grado pari o superiore al 10% della totale, verrà liquidato un indennizzo calcolato sulla somma assicurata alla Sezione 6 della presente polizza;**
- **in caso di Invalidità permanente accertata di grado pari o superiore al 60% della totale, verrà liquidato un indennizzo pari al 100% della somma assicurata alla Sezione 6 della presente polizza.**

La Società prende atto che se l'Assicurato risulta mancino il grado di invalidità per il lato destro sarà applicato al sinistro e viceversa.

Nel caso in cui l'Assicurato subisca un infortunio ad un arto superiore o ad una mano o ad un avambraccio e risultasse che questi erano gli unici perfettamente integri o tali che venissero usati come "destri" si dovrà tenere conto di ciò anche nella valutazione del grado di invalidità permanente.

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 l'importo liquidato od offerto ai beneficiari, o in difetto di designazione degli stessi, agli eredi dell'Assicurato secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

c) DIARIE

Qualora sia provato che l'infortunio ha causato l'inabilità temporanea o il ricovero o l'applicazione di gessature o di tutore immobilizzante equivalente, la Società con riferimento alla natura ed alla conseguenza delle lesioni riportate dall'Assicurato, liquida integralmente l'indennità giornaliera, se prevista.

L'indennità cessa con il giorno della avvenuta guarigione risultante dal certificato medico; se però l'Assicurato non trasmette tale certificato, viene considerata data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato medico regolarmente inviato. L'indennità viene corrisposta per il periodo massimo previsto alla Sezione 6 della presente polizza.

Le diarie non sono cumulabili tra loro. In caso di indennizzabilità per più diarie, è data facoltà all'Assicurato, di scegliere la liquidazione di quella avente durata o importo liquidabile maggiore.

d) SPESE MEDICHE

La Società, in caso d'infortunio indennizzabile, anche se non determinante la morte o l'invalidità permanente, rimborsa all'Assicurato, fino alla concorrenza dell'importo convenuto, le spese sostenute. Le spese verranno liquidate su presentazione di fatture, notule, ricevute, ecc..

La liquidazione sarà effettuata alla guarigione clinica dell'Assicurato.

19.4 Art.3 – Controversie

In caso di controversie di natura medica sulla indennizzabilità dell'infortunio nonché sulla misura dei rimborsi o sulla liquidabilità delle indennità, le Parti si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere se ed in quale misura siano dovuti i rimborsi e le indennità a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo dalle Parti di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio medico.

Il collegio medico risiede ove ha sede l'Assicurato/Contraente.

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

Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono obbligatorie per le parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale.

19.5 Art.4 – Liquidazione dell'indennità

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquiderà l'indennità che risulti dovuta, ne darà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvederà al pagamento. L'indennità viene corrisposta in Euro.

Art.5 - Rinuncia all'azione di surroga

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto all'azione di surroga che potesse competere per l'art.1916 C.C. verso i responsabili dell'infortunio.

19.5.1 SEZIONE 6 - PERSONE E SOMME ASSICURATE,

19.5.2 GARANZIE PRESTATE, CALCOLO DEL PREMIO

Art.1 – Persone assicurate

L'assicurazione è prestata alle condizioni tutte della presente polizza per le persone appartenenti alle categorie qui di seguito evidenziate e per le garanzie e massimali indicati.

19.5.2.1 1.1 Alunni scuole materne, elementari ed asilo nido;

L'assicurazione vale per ogni infortunio che possa occorrere agli alunni delle scuole materne, elementari ed asilo nido nello svolgimento di tutte le attività scolastiche, comprese le attività del doposcuola e le refezioni, in qualunque orario ed in qualunque giorno, sia nelle sedi scolastiche che al di fuori di esse (ivi comprese gite, visite guidate, attività fisico-motorie e ginnico-sportive, trasferimenti, colonie estive), a condizione che le attività esterne siano svolte con l'accompagnamento ed il controllo di personale autorizzato.

L'assicurazione è operante anche per gli infortuni subiti dagli stessi assicurati nell'arco di tempo che intercorre tra il loro arrivo dinanzi alla scuola e l'inizio delle lezioni.

19.5.2.1.1 Numero preventivato di assicurati	2.038
---	-------

20 Art.2 – Garanzie prestate

Garanzie	Somme assicurate
Caso Morte	€ 75.000,00=
Caso Invalidità Permanente	€ 150.000,00=
Diaria per ricovero (max 180 gg per sinistro)	€ 60,00= al giorno
Rimborso spese mediche da infortunio	€ 5.200,00=
Lenti e occhiali	€ 260,00=
Spese di trasporto sanitario	€ 1.000,00=
Trasporto salma	€ 1.000,00=

21 Diaria per ricovero

La Società corrisponde, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza, l'indennità giornaliera sopraindicata fino al limite ivi stabilito, per ogni giorno di degenza, effettuato in Istituti di Cura pubblici, accreditati o privati in Italia o all'estero. Al fine del computo dei giorni di degenza, il giorno di entrata e quello di uscita sono computati come un singolo giorno.

In caso di ricovero in Day Hospital l'importo della diaria assicurata è corrisposto al 50%.

Rimborso spese mediche

La Società garantisce, in caso di infortunio indennizzabile a termini della presente polizza e fino alla concorrenza dell'importo sopraindicato, il rimborso delle seguenti spese:

- assistenza medica ed infermieristica, onorari dell'equipe che effettua l'intervento, diritti di sala operatoria e materiale d'intervento (comprese le endoprotesi), rette di degenza;
- accertamenti diagnostici, visite specialistiche, trattamenti riabilitativi;
- spese farmaceutiche;
- cure odontoiatriche e protesi dentarie, con il limite di Euro 500,00= per dente e fino ad un importo complessivo di Euro 1.500,00= per Assicurato.

Danni estetici

Si conviene che in caso di infortunio non escluso dalle Condizioni della presente polizza, che produca conseguenze di carattere estetico al viso, ma che non comporti indennizzo a titolo di invalidità permanente, la Società rimborserà comunque le spese documentate sostenute dall'Assicurato per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico, nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica, il tutto entro il limite di € 2.600,00= per evento.

Lenti e occhiali

La Società rimborsa fino a concorrenza dell'importo garantito, le spese sostenute per l'acquisto di lenti o occhiali, compresa la montatura, la cui rottura sia stata determinata da infortunio che abbia provocato lesioni obiettivamente constatabili.

22 Spese di trasporto sanitario

La Società rimborsa, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza i costi eventualmente sostenuti per il trasporto dal luogo dell'infortunio ad un Istituto di cura attrezzato, il trasporto tra Istituti di cura e dall'Istituto di cura al domicilio dell'Assicurato a mezzo di autoambulanza. Il rimborso avverrà nei limiti del massimale sopraindicato.

23 Trasporto salma

La garanzia è estesa al rimborso delle spese sostenute per il trasporto della salma dell'Assicurato, in caso di decesso avvenuto a seguito di infortunio o malattia nel corso di uscite o viaggi organizzati dall'Istituto, fino alla concorrenza di € 1.000,00=.

Art.3 – Massimo indennizzo per sinistro cumulativo

In caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più Assicurati con la presente polizza, l'esborso a carico della Società non potrà superare complessivamente Euro 2.500.000,00 (duemilionicinquecentomila). Qualora le somme liquidabili a termini di polizza eccedano detto importo, l'indennizzo per ciascun Assicurato verrà proporzionalmente ridotto.

Art.4 – Calcolo del premio e modalità di regolazione

Il Contraente versa, a titolo di premio minimo anticipato, l'importo corrispondente al numero di assicurati sopraindicato.

Al termine di ogni annualità la Società calcola il premio dovuto sulla base delle variazioni intervenute nel periodo assicurativo e comunicate dalla Contraente; il pagamento del premio di conguaglio verrà effettuato ai sensi dell'art.5 Sezione 2 della presente polizza.

Non vi è obbligo per la Contraente di comunicare in corso di periodo assicurativo le variazioni del numero di assicurati.

IL CONTRAENTE

LA SOCIETÀ

Allegato A1)

Spett.le
Comune di Ortona
Via Cavour 24
66026 Ortona (CH)

Luogo e data,

OGGETTO: Cottimo fiduciario per l'affidamento dei servizi assicurativi del Comune di Ortona

Con riferimento alla Vostra lettera d'invito Prot. n. del la scrivente società nella persona del Sig. nella sua qualità di conferma la propria volontà di partecipare al cottimo fiduciario in oggetto come (*barrare l'opzione interessata*):

- Lotto 1 – Polizza Rc Patrimoniale, in qualità di:
 - Impresa Singola
 - Raggruppamento Temporaneo d'Imprese in qualità di Mandataria/Mandante
 - Coassicurazione in qualità di Delegataria/Delegante
- Lotto 2 – Polizza Infortuni Amministratori ed altre categorie in qualità di:
 - Impresa Singola
 - Raggruppamento Temporaneo d'Imprese in qualità di Mandataria/Mandante
 - Coassicurazione in qualità di Delegataria/Delegante
- Lotto 3 – Polizza Infortuni Alunni in qualità di:
 - Impresa Singola
 - Raggruppamento Temporaneo d'Imprese in qualità di Mandataria/Mandante
 - Coassicurazione in qualità di Delegataria/Delegante

A tal fine il sottoscritto nato a il e residente in Via/Piazza n. nella sua qualità di della società con sede legale in Via/Piazza ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 dichiara quanto segue:

- iscrizione alla Camera di Commercio per attività coincidente con quella oggetto del presente appalto o iscrizione equivalente in paesi dell'U.E.; (**indicare luogo e data di iscrizione e oggetto sociale**);
- di non trovarsi in alcuna delle posizioni di cui all'art. 38 del D. Lgs. 163/2006 e non essere incorse in quanto previsto dal Regio Decreto 23/5/1924, n. 827, art. 68;

- di essere in possesso dell'autorizzazione degli organi competenti all'esercizio delle assicurazioni private, con riferimento al ramo oggetto dell'offerta in base al D. Lgs. 209/2005;
- di assumere a proprio carico tutti gli oneri assicurativi e previdenziali di legge, di osservare le norme vigenti in materia di sicurezza sugli obblighi di lavoro e di retribuzione dei lavoratori dipendenti, nonché di accettare condizioni contrattuali e penalità.
- che il domicilio al quale dovranno essere inviate tutte le comunicazioni attinenti lo svolgimento della gara, ex art. 2 D. Lgs. n. 53/2010, è il seguente: Via Città (Prov.) Telefono Fax..... E-mail

In fede.

.....

Allegare copia fotostatica della carta d'identità del sottoscrittore.

Allegare l'originale o la copia autentica della procura in caso di sottoscrizione di un procuratore fornito dei poteri necessari.

Allegato A2

Spett.le
Comune di Ortona
Via Cavour 24
66026 Ortona (CH)

OGGETTO: Procedura negoziata per le coperture assicurative del Comune di Ortona (cottimo fiduciario) ai sensi dell'art. 125 D. Lgs. 163/2006 e s.m.i.

Il/la sottoscritto/a..... nato/a a
ilresidente in per la carica a..... in
via..... n., in qualità di
.....della Società Assicuratrice.....
con sede inc.a.p.
via n.telefono n.telefax n.
Codice Fiscale n. Partita I.V.A.

DICHIARA

in nome e per conto della Società offerente, nonché delle eventuali Società Coassicuratrici sottoindicate, di esprimere la propria offerta economica avendo preso visione dell'intera documentazione di gara e di accettare le norme e condizioni contenute nel Capitolato Speciale d'Appalto relativo alla sotto indicata copertura assicurativa.

In caso di presentazione di offerta congiunta (R.T.I.), l'offerta stessa dovrà essere sottoscritta anche da ciascuna delle Società partecipanti al raggruppamento.

Dichiara altresì di assumere la partecipazione al rischio nella misura massima del%

Composizione del riparto di coassicurazione (da compilarsi solo in caso di partecipazione al rischio inferiore al 100% da parte della Società offerente)

- | | | |
|------------------|-------------|-----------------|
| 1. Società | quota | Delegataria |
| 2. Società | quota | Coassicuratrice |

La Societàconcorre con la seguente offerta (comprensiva di imposte, oneri accessori, ecc.), giudicata remunerativa e quindi vincolante a tutti gli effetti di legge.

OFFRE, RELATIVAMENTE AL LOTTO

un premio annuo lordo pari a

IN CIFRE	IN LETTERE

Data _____

TIMBRO E FIRMA DELLA DITTA

Allegare copia fotostatica della carta d'identità del sottoscrittore.

Allegare copia fotostatica della procura in caso di sottoscrizione di un procuratore fornito dei poteri necessari.

Allegato A3

Spett.le
Comune di Ortona
Via Cavour 24
66026 Ortona (CH)

OGGETTO: Cottimo fiduciario per l'affidamento dei servizi assicurativi del Comune di Ortona

DICHIARAZIONE DI IMPEGNO IRREVOCABILE ALLA COSTITUZIONE DI ASSOCIAZIONE TEMPORANEA DI IMPRESE / COASSICURAZIONE

1) IMPRESA DELEGATARIA /MANDATARIA

Il sottoscritto _____
nato il _____ a _____
in qualità di _____
(specificare se titolare, legale rappresentante, procuratore)
dell'impresa / società _____
con sede legale in _____
via _____ n. ____
con codice fiscale n. _____
con partita IVA n. _____
con codice attività n. _____

2) IMPRESA COASSICURATRICE /MANDANTE

Il sottoscritto _____
nato il _____ a _____
in qualità di _____
(specificare se titolare, legale rappresentante, procuratore)
dell'impresa / società _____
con sede legale in _____
via _____ n. ____
con codice fiscale n. _____
con partita IVA n. _____
con codice attività n. _____

3) IMPRESA COASSICURATRICE /MANDANTE

Il sottoscritto _____
nato il _____ a _____
in qualità di _____
(specificare se titolare, legale rappresentante, procuratore)
dell'impresa / società _____
con sede legale in _____
via _____ n. ____
con codice fiscale n. _____
con partita IVA n. _____
con codice attività n. _____

con la presente,

DICHIARANO

In caso di coassicurazione

- di impegnarsi irrevocabilmente, in caso di aggiudicazione del servizio di cui alla gara in oggetto, a conferire apposita delega all'impresa sopraindicata al numero 1), qualificata come delegataria la quale stipulerà il contratto in nome e per conto proprio e delle deleganti
Si impegnano altresì a non modificare la composizione della coassicurazione.

In caso di ATI

- di impegnarsi irrevocabilmente, in caso di aggiudicazione del servizio di cui alla gara in oggetto, a conferire mandato collettivo speciale con rappresentanza all'impresa sopraindicata al numero 1), qualificata come mandataria, la quale stipulerà il contratto in nome e per conto proprio e delle mandanti.

Si impegnano altresì a non modificare la composizione della associazione temporanea di impresa da costituirsi sulla base del presente impegno ed a perfezionare in tempo utile il relativo mandato, ai sensi delle vigenti disposizioni di pubblici appalti di servizi, così come prevista dell'art. 37 del D. Lgs. 163/2006.

PER LE IMPRESE IN ASSOCIAZIONE TEMPORANEA DI IMPRESA

Che le parti del servizio che saranno eseguite dalle suindicate imprese sono:

impresa (mandataria): _____

impresa (mandante): _____

impresa (mandante): _____

PER LE IMPRESE IN COASSICURAZIONE

- le imprese, con la sottoscrizione della presente si impegnano a riconoscere validi ed efficaci gli atti di gestione del coassicuratore delegatario.
- riconoscono fin d'ora validi ed efficaci gli impegni assunti e le offerte formulate dal coassicuratore delegatario.
- garantiscono la sottoscrizione del 100% dei rischi.
- accettano le quote di coassicurazione riservate dalla compagnia delegataria, con indicazione della quota di rispettiva sottoscrizione del rischio/dei rischi, come segue:

1. _____ (delegataria)

2. _____ (coassicurata delegante)

3. _____ (coassicurata delegante)

La presente dichiarazione è sottoscritta in data,

per l'impresa n. 1) da:

(1)..... in qualità

di

(specificare espressamente se titolare, legale rappresentante, procuratore)

sottoscrizione _____

per l'impresa n. 2) da:

(1).....in qualità

di

(specificare espressamente se titolare, legale rappresentante, procuratore)

sottoscrizione _____

per l'impresa n. 3) da:

(1)..... in qualità

di

.....(spe

cificare espressamente se titolare, legale rappresentante, procuratore)

sottoscrizione _____

Allegare, a pena di esclusione, copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del firmatario della stessa e copia fotostatica della procura speciale nel caso in cui il firmatario sia un procuratore della Società.